



KZD.430.002.2016

Nr ewid. 19/2016/P/15/062/KZD

Informacja o wynikach kontroli

DOSTĘPNOŚĆ PROFILAKTYKI I LECZENIA CHORÓB UKŁADU ODDECHOWEGO

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 13. 07. 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	7
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	9
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	9
2.2. Synteza wyników kontroli	10
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	15
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	16
3.1. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu oddechowego	16
3.2. Ministerstwo Zdrowia	24
3.2.1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i usprawnienia wczesnej diagnostyki dla osób zagrożonych przewlekłymi chorobami układu oddechowego	24
3.2.2. Działania prowadzone na rzecz zwiększenia skuteczności zapobiegania gruźlicy płuc	30
3.2.3. Skuteczność działań na rzecz poprawy dostępu do badań diagnostycznych i leczenia nowotworów złośliwych układu oddechowego	31
3.2.4. Działania Ministra Zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinach związanych z leczeniem chorób układu oddechowego	37
3.3. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne w zakresie chorób układu oddechowego	38
3.3.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii	39
3.3.2. Leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc (gruźlica płuc – leczenie długoterminowe)	49
3.3.3. Leczenie szpitalne w zakresie chorób nowotworowych i POChP	54
3.3.4. Działania podejmowane na rzecz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci	63
4. INFORMACJE DODATKOWE	69
4.1. Przygotowanie kontroli	69
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	69
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	71
ZAŁĄCZNIKI	72

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Ambulatoryjna opieka zdrowotna	udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych ¹ .
Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu ² .
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń m.in. onkologicznych i dla osób chorych na gruźlicę. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.
Gruźlica	jest chorobą zakaźną wywoływaną przez prątki kwasooporne z grupy <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , zwane od nazwiska ich odkrywcy prątkami Kocha. Gruźlica jest przenoszona drogą kropelkową. Szerzy się poprzez niewielkie wilgotne cząsteczki (kropelki) unoszące się w powietrzu, wykrztuszane przez chorego. Gruźlica jest w Polsce traktowana jako choroba społeczna. Długotrwałe i kosztowne leczenie oraz nieobecność w pracy przez dłuższy okres osób najczęściej w wieku produkcyjnym, powodują straty biologiczne i finansowe ³ .
Jednostka rozliczeniowa	miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju świadczenia. Jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień; iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych i ich ceny jednostkowej stanowi wartość kontraktowanego świadczenia.
JST	jednostki samorządu terytorialnego.
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów działający w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.
KRZNG	Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę działający w Zakładzie Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

¹ Według ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).

³ Encyklopedia Zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN pod redakcją Witolda S. Gomułki i Wojciecha Rewerskiego, wydanie dziewiąte; 2001 r.

Mukowiscydoza (z ang. cystic fibrosis, CF – zwłóknienie torbielowate) jest chorobą o podłożu genetycznym. Za jej występowanie odpowiedzialny jest nieprawidłowy gen CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator) dziedziczony po rodzicach. Nieprawidłowy gen produkuje białko, które zaburza transport chlorku sodu w komórkach. Choroba polega na nadmiernym wydzielaniu śluzu, który jest zmieniony chemicznie i gęstszy niż śluz wydzielany przez zdrową osobę. Nadmierna ilość śluzu wynikająca z zatrzymywania chlorku sodu i wody w komórkach prowadzi do zatorów gęstej i kleistej wydzieliny w przewodzie pokarmowym i oddechowym oraz namnażania się bakterii. Mukowiscydoza jest bardzo groźną chorobą, często prowadzącą do zgonów przed osiągnięciem dorosłości. Do objawów mukowiscydozy należy m.in. uporczywy kaszel, męczliwość, opóźniony rozwój fizyczny i zakłócenia w rozwoju niektórych grup mięśni. Często powtarzają się zapalenia płuc i oskrzeli. W przypadku mukowiscydozy nie ma możliwości wyleczenia lub zahamowania postępu choroby, można jednak minimalizować występujące w jej przebiegu objawy.

Nowotwór złośliwy jest to stan, w którym dochodzi do niekontrolowanego rozwoju zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, początkowo w miejscu pierwotnej zmiany, potem do naciekania otaczających tkanek i wreszcie do wędrowania i namnażania się zmienionych komórek w miejscach odległych (przerzuty). Ten charakterystyczny przebieg choroby stanowi podstawę rozpoznania klinicznego oraz służy do określenia stopnia zaawansowania rozwoju nowotworu. Nazwa nowotwór używana jest zarówno na określenie nowotworów łagodnych, jak i złośliwych. Główną cechą wspólną, łączącą te dwie grupy chorób, jest „nowotworzenie” tkanki, czyli tworzenie guza. Nowotwory łagodne nie stanowią zwykle zagrożenia dla życia, ponieważ powoli wzrastają, nie dają przerzutów oraz stosunkowo łatwo je leczyć. Nowotwory złośliwe rosną szybko i powodują powstawanie przerzutów. Inną częstą ich cechą są nawroty choroby po leczeniu. Obraz mikroskopowy nowotworów złośliwych jest charakterystyczny dla tych chorób i zupełnie odmienny niż nowotworów łagodnych. Najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i w większości krajów na świecie jest rak, czyli nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanki nabłonkowej (90% wszystkich nowotworów w Polsce). Pozostałe nowotwory złośliwe to mięsaki, wywodzące się z innych tkanek niż nabłonkowa, oraz inne choroby nowotworowe (np.: ziarnica złośliwa, białaczki)⁴.

Lekarz specjalista lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów⁵.

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia.

NPZ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015.

NPZChN Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych.

⁴ Encyklopedia Zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN pod redakcją Witolda S. Gomułki i Wojciecha Rewerskiego, wydanie dziewiąte; 2001 r.

⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 26.

⁶ Dz. U. poz. 1400 ze zm. Zgodnie z § 4 rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem: § 2, który wszedł w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia i § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia, który wszedł w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Wcześniej, obowiązywało rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
OWU	ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ⁶ .
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc to zespół chorobowy charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to wynika z choroby drobnych dróg oddechowych i zniszczenia miąższu płucnego (rozedmy) o różnym nasileniu i jest najczęściej związane z nieprawidłową odpowiedzią zapalną ze strony układu oddechowego na szkodliwe pyły i substancje, z którymi chory ma do czynienia w ciągu swojego życia. Najczęstszą przyczyną POChP jest narażenie na dym tytoniowy, ale inne czynniki, takie jak substancje drażniące z powietrza oraz stany wrodzone, na przykład niedobór alfa1-antytrypsyny, również mogą doprowadzić do rozwinięcia się choroby. Rozpoznanie POChP stawia się na podstawie badania spirometrycznego. Leczenie ma charakter objawowy. POChP jest chorobą nieuleczalną, a wszelkie działania lekarskie mają na celu spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta.
Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, PRO – profilaktyczne programy zdrowotne, SZP (LSZ) – leczenie szpitalne.
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.
Świadczenie specjalistyczne	świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Świadczenie zdrowotne	działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem diagnostycznym, a także zapobieganiem powstawaniu chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez przedsiębiorstwa podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

Rozwój cywilizacji przyczynia się do postępującego zanieczyszczenia środowiska naturalnego, w którym żyjemy. Coraz więcej znajduje się w nim szkodliwych cząsteczek i drobnoustrojów, które sprzyjają rozwojowi chorób układu oddechowego, stanowiących czwartą przyczynę zgonów mieszkańców Polski⁷ oraz istotną przyczynę niesprawności.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy, przeprowadziła kontrolę dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego. Kontrolą objęto leczenie wybranych chorób układu oddechowego, tj. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), nowotworów złośliwych układu oddechowego, w tym nowotworu płuca oraz gruźlicy płuc. Zachorowalność na gruźlicę w Polsce jest o 50% wyższa od przeciętnej zachorowalności w krajach Unii Europejskiej, mimo obowiązkowych szczepień prowadzonych od 1955 r. i wysokiego poziomu wyszczepialności⁸. Prowadzone przed laty profilaktyczne badania płuc w kierunku gruźlicy wykrywały także wczesne postacie nowotworów złośliwych. Zaprzeczenie tych badań, także w ramach badań pracowniczych, ma wpływ na późne wykrywanie tych chorób. Leczenie gruźlicy płuc wciąż napotyka trudności z powodu pojawienia się nowej postaci prątków gruźlicy, całkowicie opornych na stosowane leki przeci gruźlicze. Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną jest długotrwałe, kosztowne i bardziej toksyczne niż w gruźlicy wrażliwej na leki.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Nowotwór złośliwy płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym wykrywanym u mężczyzn⁹ i drugim w kolejności u kobiet¹⁰. Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem nie tylko w starszych grupach wieku, ale przede wszystkim są główną przyczyną przedwczesnej umieralności osób przed 65 rokiem życia. Wzrost zagrożenia nowotworami płuca u kobiet jest związany z wchodzeniem w wiek zwiększonego ryzyka choroby nowotworowej kobiet urodzonych w latach 1940–1960, wśród których obserwowano najwyższą częstość palenia tytoniu. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród onkologicznych przyczyn zgonu wśród kobiet (15,9% zgonów), wyprzedzając nowotwór piersi (13,9% zgonów)¹¹.

Istotnym problemem zdrowotnym jest wysoka zapadalność na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), na którą choruje przeszło 2 mln osób, co stanowi ponad 5% społeczeństwa, a wykonywanie diagnostyki jest nieopłacalne dla świadczeniodawców z powodu niskiej ich wyceny przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Obecnie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne, ponieważ chorym co roku przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich, przy czym większość z nich otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia¹².

⁷ Obok schorzeń układu krążenia, nowotworów i zakażeń.

⁸ Według publikacji pn. „Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015 r.”: „Odsetek dzieci zaszczepionych przeciw gruźlicy (BCG) w populacji dzieci objętych tym rodzajem szczepienia w kalendarzu szczepień Ministerstwa Zdrowia jest wysoki i oscyluje między 91–96%. W 9 województwach odsetek dzieci zaszczepionych przeciwko gruźlicy w roku 2012 spadł jednak w stosunku do roku poprzedniego. Największy procentowy spadek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (o 1,9%), a największy wzrost w województwie dolnośląskim (o 1,7%)”.

⁹ W 2013 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwe płuca 18,7%. Wśród mężczyzn największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony z powodu raka płuca – 30,6%.

¹⁰ W 2013 r. wśród kobiet najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi – 21,9% i płuca – 8,8%. Dane według publikacji „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku”, Warszawa 2015, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

¹¹ W 2013 roku wśród kobiet po raz kolejny największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony z powodu raka płuca – 15,9%. Dane według publikacji „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku”, Warszawa 2015, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

¹² Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego, Bożeny Moskaiewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Temat i numer kontroli:

Kontrola planowa nr P/15/062 – „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego”.

Cel kontroli:

Celem głównym kontroli była ocena dostępu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego, w okresie od 1 stycznia 2012 r. do czasu zakończenia kontroli, tj. 21 stycznia 2016 r.¹³

Celami szczegółowymi kontroli była ocena skuteczności działań podjętych przez:

- Ministra Zdrowia na rzecz profilaktyki, promocji zdrowia i usprawnienia wczesnej diagnostyki dla osób zagrożonych przewlekłymi chorobami układu oddechowego, zwiększenia skuteczności zapobiegania gruźlicy płuc oraz poprawy dostępu do badań diagnostycznych i leczenia nowotworów złośliwych układu oddechowego oraz zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinach związanych z leczeniem tych chorób;
- kierowników podmiotów leczniczych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) na rzecz realizacji świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii, a także zapewnienia dostępności profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci;
- kierowników podmiotów lecznictwa zamkniętego na rzecz realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc oraz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci;
- kierowników podmiotów lecznictwa zamkniętego na rzecz realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego i POChP oraz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci.

Zakres kontroli:

Czynności kontrolne prowadzone były w okresie od 24 września 2015 r. do 14 stycznia 2016 r., przez Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Kielcach, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Rzeszowie. W ramach kontroli planowej skontrolowano łącznie 17 podmiotów, tj.: Ministerstwo Zdrowia, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie utworzony przez publiczną uczelnię medyczną¹⁴ oraz 15 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ) utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST)¹⁵.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 2 do Informacji.

Ponadto, Departament Zdrowia, w ramach przygotowań do kontroli planowej, koordynowanej, przeprowadził kontrolę rozpoznawczą (Nr R/15/001) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie m.in. w zakresie realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, której wyniki uwzględniono w tej informacji.

¹³ Data wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego.

¹⁴ Kontrola przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677), zwanej dalej „ustawą o NIK”, przy uwzględnieniu kryteriów: legalności, gospodarności, rzetelności, celowości, określonych w art. 5 ust. 1 tej ustawy.

¹⁵ Kontrola przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności i rzetelności, określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Wyniki kontroli wskazują, że dostęp do profilaktyki, wczesnego diagnozowania i leczenia chorób układu oddechowego jest niewystarczający i ulega stopniowemu pogorszeniu. Świadczą o tym wydłużające się kolejki oczekujących na świadczenia. Na dzień 30 czerwca 2015 r. na poradę specjalisty w dziedzinie chorób płuc oczekiwało ponad dwukrotnie więcej osób niż na koniec 2012 r., a w oddziałach chorób płuc i gruźlicy (dla dorosłych) liczba oczekujących wzrosła ponad czterokrotnie¹⁶. Dostęp do tych świadczeń utrudniały bariery w postaci zbyt niskich wartości umów zawartych z NFZ, w porównaniu do potrzeb zdrowotnych mieszkańców, oraz niedoszacowania cen poszczególnych procedur medycznych w stosunku do rzeczywistych kosztów ich udzielania. Niska wycena profilaktycznych porad specjalistycznych skutkowałą niewielkim zainteresowaniem świadczeniodawców ich udzielaniem. Ponadto, niedobór lekarzy pulmonologów zmuszał podmioty lecznicze do zaprzestania udzielania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rada Ministrów nadała wysoką rangę profilaktyce i leczeniu chorób układu oddechowego uznając poprawę sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie za jeden z **celów strategicznych** Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 (dalej również „NPZ”)¹⁷.

Osiągnięciu **celów strategicznych** NPZ dotyczących zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu chorób układu oddechowego¹⁸ oraz nowotworów złośliwych¹⁹, a także zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym, m.in. w zakresie gruźlicy płuc²⁰, miała służyć realizacja **celów operacyjnych**, określonych w NPZ, oceniana z zastosowaniem **wskaźników efektów zdrowotnych**.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia skuteczność realizacji przez Ministra Zdrowia w latach 2012–2015 kontrolowanych celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia.

Kontrola realizacji wybranych celów operacyjnych wykazała, że Minister Zdrowia:

- nie podjął działań w celu przygotowania „Narodowego Programu Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP)” przewidzianego w NPZ. Realizowany przez NFZ program w zakresie profilaktyki POChP przynosił niewielkie efekty, bowiem w latach 2012–2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób, przy szacowanej na 2 miliony liczbie chorych. Wczesne wykrycie POChP pozwala zapobiec ciężkiej postaci tej choroby, wymagającej kosztownego leczenia i częstej hospitalizacji;
- nie opracował „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji”, mimo że w części 46 – Zdrowie budżetu państwa planowano, w latach 2013–2015, środki na jego realizację w wysokości 10.200 tys. zł. Nieuruchomienie tych środków uniemożliwiło podmiotom leczniczym zorganizowanie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji w oddziałach chorób płuc oraz ich wyposażenie w niezbędny sprzęt. Większość badanych podmiotów leczniczych nie posiadała własnych środków na zakup wyposażenia wymaganego do wprowadzenia tej metody leczenia.

¹⁶ Z 360 osób na koniec 2012 r. do 1.574 osób na koniec czerwca 2015 r.

¹⁷ Program stanowił załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

¹⁸ Cel strategiczny nr 6 NPZ.

¹⁹ Cel strategiczny nr 2 NPZ.

²⁰ Cel strategiczny nr 7 NPZ.

Minister Zdrowia nie zapewnił także koordynacji poszczególnych zadań NPZ, monitorowania realizacji celów strategicznych NPZ²¹ i prowadzenia okresowych ocen stopnia ich realizacji, gdyż przyjęte w Programie wskaźniki były niemożliwe do wyliczenia.

Mimo, że sytuacja epidemiologiczna gruźlicy poprawia się systematycznie²², to jednak w porównaniu do przeciętnej zachorowalności w krajach UE jej częstość występowania jest wyższa o ok. 50%. Polska, ze wskaźnikiem zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci²³ wynoszącym od 19,6 w 2012 r.²⁴ do 17,4 w 2014 r., zaliczana jest do krajów o średniej zapadalności²⁵.

NIK ustaliła, że w Polsce niemożliwe jest zwymiarowanie efektów leczenia gruźlicy. Główną przyczyną tego stanu jest brak ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy przez lekarzy. Udokumentowany „sukces leczenia” gruźlicy wynosił tylko 28,7% w 2014 r. Tymczasem Rada Ministrów, w ramach realizacji celu strategicznego NPZ „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom”, zaplanowała zwiększenie skuteczności leczenia gruźlicy do poziomu 90%, a Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła osiągnięcie „sukcesu leczenia” w przypadku 85% wszystkich chorych, u których w danym roku rozpoznano gruźlicę. Wyniki leczenia w naszym kraju pogarsza także brak nadzoru nad przyjmowaniem leków przeciwpłatkowych w leczeniu pozaszpitalnym, co narusza standardy postępowania w zwalczaniu gruźlicy rekomendowane przez WHO i stanowi główną przyczynę przerywania leczenia przez co dziesiątego chorego.

NIK ocenia pozytywnie uruchomienie przez Ministra Zdrowia „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej”, realizowanego w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN), pomimo nieprawidłowości stwierdzonych przy jego wdrażaniu. Jednak, w ocenie NIK, objęcie tym Programem jedynie 0,09% osób z 4,5-milionowej grupy ryzyka, nałogowo palących tytoń dłużej niż 20 lat, nie wystarczy do rozwiązania bardzo istotnego problemu onkologii, jakim jest wysoka umieralność na raka płuca, będąca następstwem późnego rozpoznania tej choroby.

Odnotowany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)²⁶ spadek liczby porad profilaktycznych w zakresie gruźlicy o 14,5% oraz chorób odtytoniowych o 23,4% wskazuje na utrudniony dostęp do świadczeń z zakresu chorób płuc w całym systemie opieki zdrowotnej.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Minister Zdrowia, odpowiedzialny za realizację wybranych celów strategicznych NPZ dotyczących m.in. zmniejszenia zapadalności i umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz nowotworów złośliwych i kierowanie pracami Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego NPZ (dalej „Zespół”), nie zapewnił:

- koordynacji działań dotyczących realizacji poszczególnych zadań NPZ,

²¹ Kontrolą objęto cele strategiczne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych i przewlekłych chorób układu oddechowego (cel nr 2 i 6) oraz zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom gruźlicy (cel nr 7).

²² W latach 2012–2014 liczba nowych zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci zmniejszyła się o 11,2%.

²³ Na 100 tys. ludności.

²⁴ Na 100 tys. ludności.

²⁵ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę z 2012 r., 2013 r., 2014 r., 2015 r.

²⁶ Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych” Warszawa, listopad 2015 r.

- monitorowania realizacji celów strategicznych NPZ objętych kontrolą i prowadzenia okresowych ocen stopnia ich realizacji,
- przygotowania informacji zbiorczych dotyczących efektów realizacji zadań NPZ, niezbędnych do sporządzenia rocznych sprawozdań z działalności Zespołu.

Sprawozdania z realizacji NPZ, opracowane przez Zespół za lata 2012–2013, nie zawierały wyników monitorowania efektów wykonania zadań przez administrację rządową i samorządową, a jedynie opis realizacji programów polityki zdrowotnej przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Sprawozdania nie zawierały także informacji o osiągniętych wartościach mierników celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego oraz wartości wskaźników realizacji celów operacyjnych²⁷. Zmniejszenie liczby zgonów okazało się niemożliwe do rzetelnego zwymiarowania, gdyż żaden podmiot nie dysponuje wiarygodnymi danymi w tym zakresie, a ponadto, jak podaje GUS „Światowa Organizacja Zdrowia w swym Raporcie z 2013 r. po raz kolejny wykluczyła Polskę z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Powodem jest ponad 25% udział zgonów o *niedokładnie określonych przyczynach*”. [str. 24–28]

2.2.2. Ministerstwo Zdrowia nie podjęło prac w celu realizacji zadania przewidzianego w NPZ²⁸, dotyczącego przygotowania „Narodowego Programu Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc”, mimo że analizy statystyczne wskazują, że w 2020 r. POChP będzie jedną z najczęstszych przyczyn umieralności w Polsce. Realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP” przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem, w latach 2012–2015 (I półrocze), objęto nim tylko 43 tys. osób. Malejące zainteresowanie lekarzy POZ realizacją Programu wynikało z wymogów, jakie musieli spełnić²⁹, co wiązało się z ponoszeniem dodatkowych kosztów. [str. 28–29]

2.2.3. Zmniejszenie umieralności z powodu niewydolności oddychania zamierzano osiągnąć stosując nieinwazyjną wentylację mechaniczną płuc w nowo utworzonych pododdziałach. W tym celu Minister Zdrowia poszerzył zakres świadczeń gwarantowanych, ale nie przygotował „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji³⁰”. Nieprzygotowanie Programu uniemożliwiło wydatkowanie kwoty 10.200 tys. zł, którą zaplanowano na jego realizację w budżecie państwa w części 46 – Zdrowie, oraz utworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w oddziałach chorób płuc, co NIK ocenia negatywnie.

W I połowie 2015 r. tylko w jednym szpitalu realizowano leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM). Wycena tej procedury przez NFZ nie pokryła nawet kosztów zatrudnienia personelu wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³¹ i była kolejną barierą ograniczającą wprowadzenie tej metody leczenia. [str. 29, 61–62]

²⁷ Cel operacyjny 1, 4, 13, 14.

²⁸ W ramach celu strategicznego 6 NPZ – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

²⁹ Szkolenie w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i posiadanie odpowiedniej jakości spirometru.

³⁰ W ramach celu strategicznego 6 NPZ – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego. Łączny koszt realizacji Programu oszacowano na 29.563,3 tys. zł.

³¹ Poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

2.2.4. Minister Zdrowia, w ramach realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN), podpisywał umowy z podmiotami leczniczymi dopiero w IV kwartale 2014 r.³², mimo że w pierwotnie uchwalonym harmonogramie zadań terminy postępowania konkursowych i podpisywania umów z podmiotami leczniczymi na ich realizację określono na II i III kwartał³³. Późne zawieranie umów utrudniło zleceniobiorcom efektywną realizację zadań i spowodowało niewykorzystanie planowanych środków na ten cel. [str. 31–32]

2.2.5. Minister Zdrowia sfinansował, ze środków NPZChN, koszty realizacji „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej” na kwotę 4.806,2 tys. zł, z pominięciem procedury postępowania określonej w zarządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych. W latach 2012–2014 wykonano łącznie 12.430 badań przesiewowych, które objęły 0,09% osób z tzw. grupy ryzyka, tj. 4,5 mln nałogowych palaczy palących tytoń dłużej niż 20 lat. Minister Zdrowia nie wymagał od koordynatora Programu³⁴ przedstawienia w sprawozdaniach merytorycznych danych dotyczących: wytypowanych powiatów, w których badania zostały wykonane, wskaźnika operacyjności raka płuca i kryteriów wyboru świadczeniodawców. Wymieniono jedynie nazwy podmiotów leczniczych i liczbę wykonanych badań w danym roku. [str. 31–37]

2.2.6. Pomimo, że liczba nowych zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci zmniejszyła się z 7.542 osób w 2012 r. do 6.698 osób w 2014 r., (o 11,2%), to wartości wskaźnika skuteczności leczenia gruźlicy, w badanym okresie, znacznie odbiegały od wskaźnika zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), tj. „sukcesu leczenia” u 85% chorych, u których rozpoznano gruźlicę. W Polsce udokumentowany „sukces leczenia” gruźlicy wynosił tylko 28,7% w 2014 r. Główną przyczyną tych dysproporcji jest brak ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy przez lekarzy.

Minister Zdrowia nie podjął prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, obowiązku zgłaszania przez lekarzy wyników leczenia gruźlicy, co umożliwiłoby rzetelne monitorowanie wyników jej leczenia i zapewniłoby nadzór nad procesem leczenia tych chorych. [str. 30–31]

2.2.7. Skontrolowano 12 podmiotów leczniczych, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii, o łącznej wartości 102.733,8 tys. zł. W poradniach specjalistycznych (gruźlicy i chorób płuc, onkologicznej) leczono od 158.319 pacjentów w 2012 r.³⁵ do 169.288 pacjentów w 2014 r.³⁶, a w I półroczu 2015 r. – 113.866 pacjentów³⁷. Wśród leczonych ambulatoryjnie chorzy z gruźlicą płuc stanowili od 1,4% w 2012 r. do 1,1% w I półroczu 2015 r.³⁸, a z POChP od 10,4% w 2012 r. do 8% w I półroczu 2015 r. W badanym okresie, liczba pacjentów

³² Na realizację zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”.

³³ Nowy termin podpisywania umów wprowadzono uchwałą Nr 214/2015 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 2015 r. zmieniającą uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2014 i 2015, w której przyjęto, że podpisanie umów na realizację zadania ma nastąpić do dnia 30 października 2015 r.

³⁴ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

³⁵ W tym w poradni gruźlicy i chorób płuc – 71.879 osób, w tym chorzy na gruźlicę płuc – 2.266 osób.

³⁶ W tym w poradni gruźlicy i chorób płuc – 71.898 osób, w tym chorzy na gruźlicę płuc – 1.964 osoby.

³⁷ W tym w poradni gruźlicy i chorób płuc – 51.392 osoby, w tym chorzy na gruźlicę płuc – 1.250 osób.

³⁸ W 2014 r. pacjenci z gruźlicą płuc stanowili 1,2% leczonych ambulatoryjnie.

z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuca leczonych w poradni onkologicznej wzrosła z 4.147 pacjentów w 2012 r. (2,6% leczonych ambulatoryjnie) do 4.793 pacjentów w 2014 r. (2,8% leczonych ambulatoryjnie). W I półroczu 2015 r. z powodu choroby nowotworowej leczono 3.130 pacjentów (2,7% leczonych ambulatoryjnie). [str. 39–49]

2.2.8. W kontrolowanych podmiotach leczniczych³⁹, na koniec czerwca 2015 r.⁴⁰, odnotowano spadek liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45–54 lat o 22% i zwiększenie liczby tych lekarzy w wieku od 55 do 64 lat o 60,1%, a w wieku powyżej 64 lat o 50%. Wśród lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc (dla dorosłych) nie było żadnego specjalisty w wieku do 35 lat. Rosnąca liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób układu oddechowego, w wieku zbliżającym się do emerytalnego, może, w niedalekiej przyszłości, ograniczyć dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób płuc.

Potwierdzają to dane Naczelnej Izby Lekarskiej, zgodnie z którymi na koniec 2012 r. było zarejestrowanych w Polsce 2.685 lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc, w tym: w wieku do 35 lat nie było żadnego specjalisty, od 35–44 lat – 290 osób (10,8%), 45–54 lat – 1.141 osób (42,5%), 55–64 lat – 823 osoby (30,7%), powyżej 64 lat – 431 osób (16,1%). Na koniec 2014 r. zarejestrowano zmniejszenie się liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45–54 lat o 160 osób (o 14,0%) i zwiększenie liczby lekarzy w wieku od 55 do 64 lat o 199 osób (o 24,2%) oraz w wieku powyżej 64 lat o 23 osoby (o 5,3%). [str. 37, 41–42]

2.2.9. W czterech podmiotach leczniczych⁴¹, z 17 badanych (23,5%), nie zapewniono pełnej obsady lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób układu oddechowego. Z tego powodu świadczenia były udzielane niezgodnie harmonogramem pracy, tj. w czasie krótszym od przedstawionego w ofertach i w umowach z NFZ lub nawet zaprzestano ich udzielania, co prowadziło do ograniczenia dostępu pacjentów do tych świadczeń. [str. 42, 52, 62]

2.2.10. Podmioty lecznicze, objęte kontrolą, przedstawiały w ofertach i/lub w umowach z NFZ nierzetelne dane dotyczące wykorzystywanych zasobów służących realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów podpisanych z NFZ. Dane te dotyczyły kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: 33,3% podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju AOS⁴², 36,4% udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gruźlicy płuc⁴³, 27,3% w zakresie chirurgii klatki piersiowej (chorób nowotworowych układu oddechowego)⁴⁴ i 16,7% udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc (POChP) – hospitalizacja⁴⁵. [str. 40–41, 49–50, 55, 59]

³⁹ Udzielających ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

⁴⁰ W porównaniu do stanu na koniec 2012 r.

⁴¹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach, Wojewódzki Szpital im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

⁴² Cztery podmioty lecznicze z 12 objętych kontrolą (33,3%), w tym: jeden podmiot zarówno w zakresie zatrudnienia personelu medycznego jak i wyposażenia w aparaturę medyczną (8,3%).

⁴³ Cztery podmioty lecznicze z 11 objętych kontrolą (36,4%), w tym: dwa podmioty zarówno w zakresie zatrudnienia personelu medycznego jak i wyposażenia w aparaturę medyczną (18,2%).

⁴⁴ Trzy podmioty lecznicze z 11 objętych kontrolą (27,3%).

⁴⁵ Dwa podmioty lecznicze z 12 objętych kontrolą (16,7%).

2.2.11. Pacjentom z rozpoznaniem gruźlicy płuc, wymagającym z przyczyn medycznych leczenia lekami innymi niż powszechnie stosowane, nie zapewniono bezpłatnego dostępu do tych leków, czym naruszono art. 38 ust. 1 pkt 1–2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dla niektórych chorych leki sprowadzono w ramach importu docelowego, z częściową ich odpłatnością. Może to skutkować przerwaniem leczenia z przyczyn finansowych i idącym za tym nawrotem choroby. [str. 44, 54]

2.2.12. Pełna dostępność świadczeń AOS była zapewniona w poradniach onkologii dla dzieci, które były przyjmowane w dniu zgłoszenia się do poradni.

W 11 podmiotach leczniczych z 12 objętych kontrolą (dla dorosłych), prowadzono listy oczekujących. Najdłuższy czas oczekiwania na poradę specjalistyczną odnotowano w podmiotach leczniczych zapewniających udzielanie kompleksowych świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc. Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w kontrolowanych poradniach chorób gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych) wzrosła z 2.372 osób na koniec 2012 r. do 4.820 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o 103,2%. W porównaniu z 2012 r., średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną wydłużył się z 53,75 dni do 59 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 9,8%. Tworzenie się kolejek w tych podmiotach wynikało m.in. ze zbyt niskich kontraktów z NFZ w porównaniu do potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

Na utrudniony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu chorób płuc wskazują dane przedstawione przez NFZ w informacji dla NIK⁴⁶, z których wynika, że na koniec czerwca 2015 r. do poradni gruźlicy i chorób płuc łącznie oczekiwało 27.425 osób, w tym 479 osób zakwalifikowanych jako przypadek pilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania cztery dni i 26.946 osób jako przypadek stabilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania 39 dni. Najdłużej pacjenci⁴⁷ musieli czekać na poradę specjalistyczną w województwie kujawsko – pomorskim – 101 dni, a najkrócej w województwie lubelskim – 14 dni. [str. 45–48]

2.2.13. W oddziałach gruźlicy i chorób płuc, w których leczono pacjentów z gruźlicą prątkującą (dla dorosłych i dla dzieci), liczba łóżek zmniejszyła się z 950 w 2012 r. do 852 w 2015 r.⁴⁸, tj. o 10,3% (o 98 łóżek). Wzrosła natomiast liczba leczonych w tych oddziałach z 19.796 w 2012 r., do 21.745 w 2014 r., (tj. o 9,8%). Na koniec czerwca 2015 r. wyniosła 12.678. Jednocześnie odnotowano spadek leczonych (dorosłych) z rozpoznaniem gruźlicy płuc z 2.751 w 2012 r. do 2.450 w 2014 r., tj. o 10,9%. W I połowie 2015 r. z tego powodu leczono 1.160 pacjentów. Na gruźlicę płuc częściej zapadali mężczyźni niż kobiety, a ich udział w grupie pacjentów w badanym okresie wynosił 69,3%. Wśród pacjentów przeważały osoby w wieku powyżej 65 lat (27,5% leczonych na gruźlicę w badanym okresie) oraz osoby w wieku 50–59 lat (24,4% leczonych na gruźlicę w badanym okresie). NIK pozytywnie ocenia działania podjęte przez szpitale na rzecz zapewnienia dostępu do hospitalizacji tych chorych. [str. 49–54]

2.2.14. W dwóch podmiotach leczniczych⁴⁹, w których udzielane były świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gruźlicy⁵⁰ (18,2%), pomieszczenia nie spełniały wymagań sanitarno-technicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie

⁴⁶ W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK (Dz. U. z 2015 poz.1096 ze zm.).

⁴⁷ Zakwalifikowani jako „przypadek stabilny”.

⁴⁸ Według stanu na 30 czerwca 2015 r.

⁴⁹ Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

⁵⁰ Dla dzieci i dla dorosłych.

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, tj. oddziału chorób płuc i gruźlicy oraz oddziału chorób zakaźnych. Ponadto, w dwóch podmiotach leczniczych (16,7%), medyczne laboratoria diagnostyczne wykazywały odstępstwa od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne. [str. 50–51, 44]

2.2.15. W badanym okresie 87 pacjentów samowolnie przerwało leczenie gruźlicy płuc, co stanowiło zagrożenie transmisji gruźlicy na otoczenie. Kierownicy trzech z 12 podmiotów leczniczych, w których pacjenci samowolnie przerwali leczenie gruźlicy płuc, nie wywiązywali się z ustawowego obowiązku powiadomienia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala. [str. 52–53]

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli wskazują na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób układu oddechowego, zwłaszcza w odniesieniu do gruźlicy.

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań.

1. Wprowadzenie do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi:
 - obowiązku przekazywania przez lekarzy wyników leczenia chorych na gruźlicę państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu;
 - regulacji zapewniających nadzór nad przyjmowaniem przez pacjentów leków przeciwpłatkowych przez cały okres leczenia gruźlicy.
2. Wprowadzenie rozwiązań systemowych poprawiających dostępność poradni specjalistycznych udzielających świadczeń w zakresie chorób płuc dla osób z podejrzeniem gruźlicy.
3. Podjęcie działań ukierunkowanych na poprawę jakości danych epidemiologicznych gromadzonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, które stanowią podstawowe źródło informacji o zachorowaniach i umieralności na nowotwory złośliwe, w tym nowotwory układu oddechowego.
4. Rozważenie wprowadzenia profilaktycznych programów zdrowotnych umożliwiających wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia schorzeń układu oddechowego, które mogą przyczynić się do zmniejszenia umieralności.
5. Rozważenie wprowadzenia obowiązkowego szkolenia dla lekarzy w zakresie poprawnego wypełniania kart zgonów.

Ponadto, NIK wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia działań zmierzających do dokonania rzetelnej wyceny świadczenia gwarantowanego pn. „Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc”, ujętego w poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rozważenie weryfikacji wyceny świadczeń realizowanych w ramach „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”.

3.1 Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu oddechowego

Prognozy epidemiologiczne wskazują, że zapadalność i umieralność na przewlekłe choroby układu oddechowego będzie systematycznie wzrastać m.in. z powodu zwiększenia liczby ludności powyżej 65 roku życia, zanieczyszczeń środowiska naturalnego i rozpowszechniania nałogu palenia tytoniu. Stanowi to istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i polityki państwa w tym zakresie.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) głównym czynnikiem powstawania chorób cywilizacyjnych, ściśle związanych z układem oddechowym, jest palenie tytoniu. W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione i znacząco wpływa na jakość oraz długość życia. Pali ok. 9 milionów dorosłych Polaków.

Jednym z najczęściej występujących schorzeń, związanych bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy jest **Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)**. POChP to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. Głównym wyróżnikiem POChP jest ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, będące wynikiem rozlanego zwężenia oskrzeli lub utraty sprężystości płuc. POChP jest chorobą, której można zapobiegać i którą można leczyć, cechującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to zazwyczaj postępuje i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły (najczęściej dym tytoniowy). POChP przez wiele lat rozwija się bezobjawowo. Pierwszym objawem jest lekceważony przez pacjentów kaszel.

W Polsce na POChP choruje co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn w ogólnej populacji). Ocenia się, że tylko około 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Obecnie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne, ponieważ co roku przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich, przy czym większość otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia. POChP występuje u blisko 30–40% chorych na raka płuc. Dlatego też, zgodnie z polskimi rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki POChP, badanie spirometryczne zalecane jest wśród osób, u których występują określone czynniki ryzyka, jak np.: palenie tytoniu, przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, etc.

Zgodnie z raportem Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc⁵¹, właściwe leczenie farmakologiczne może złagodzić objawy choroby, zmniejszyć częstość i ciężkość zaostrzeń oraz poprawić stan zdrowia i wydolność wysiłkową. Rehabilitacja i zachowanie aktywności fizycznej przynosi korzystne efekty u wszystkich chorych na POChP, którzy odczuwają duszność podczas marszu po płaskim terenie we własnym tempie. U chorych na POChP często obecne są inne choroby (współistniejące), które mogą mieć istotny wpływ na rokowanie.

⁵¹ Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – „GOLD”) – Podręczny Przewodnik Rozpoznawania, Leczenia i Prewencji POChP; Poradnik dla pracowników służby zdrowia, aktualizacja 2015 r. Do głównych celów GOLD należą: zwiększenie w społeczeństwie świadomości na temat POChP oraz pomoc chorym i umierającym przedwcześnie z powodu tej choroby.

Gruźlica⁵² jest chorobą zakaźną wywoływaną przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis*⁵³. Gruźlica jest przenoszona drogą kropelkową, a najczęstszym źródłem zakażenia są osoby chore na gruźlicę, w fazie prątkowania. Gruźlica jest w Polsce traktowana jako choroba społeczna. Długotrwałe i kosztowne leczenie oraz nieobecność w pracy przez dłuższy okres osób najczęściej w wieku produkcyjnym, powodują straty biologiczne i finansowe.

Najczęstszą postacią choroby jest gruźlica płuc⁵⁴, do grupy dużego ryzyka zakażenia prątkiem gruźlicy należą osoby zakażone wirusem HIV, osoby, które miały kontakt z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy, osoby ze zmianami „minimalnymi” w płucach (widocznymi w RTG klatki piersiowej), osoby nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z obszarów o dużej zapadalności na gruźlicę, chorzy na choroby przewlekłe (cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, niedobory odporności – również na skutek leczenia immunosupresyjnego)⁵⁵.

Zachorowania na gruźlicę stanowiły poważny problem zdrowia publicznego w Polsce powojennej. W kolejnych dekadach liczba zachorowań stopniowo spadała, dzięki powszechnym szczepieniom, a także obowiązkowi leczenia i stosunkowo szczeremu nadzorowi tego procesu. Obecnie nie ma w Polsce specjalnego systemu zwalczania gruźlicy, a leczenie tej choroby prowadzone jest najczęściej przez ośrodki pulmonologiczne we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Podstawową metodą wykrywania gruźlicy płuc u chorych jest tzw. „wykrywanie bierne”, tj. rozpoznanie gruźlicy u osób, które zgłosiły się do lekarza z powodu objawów chorobowych. W 2014 r. metodą bierną wykryto 59,3% zachorowań na gruźlicę płuc⁵⁶, 3% zachorowań przy okazji badania osób z kontaktu z chorymi wydalającymi prątki gruźlicy, 5,2% w wyniku badań profilaktycznych, 32,5% w innych okolicznościach np. hospitalizacja z różnych przyczyn, badanie sekcyjne.

W Polsce odnotowano spadek zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci z 11.477 w 2000 r. do 8.478 w 2011 r., a w okresie objętym kontrolą z 7.542 w 2012 r. do 6.698 w 2014 r.⁵⁷ Liczba zachorowań na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, w latach 2011–2014, wynosiła odpowiednio: 5.327, 4.870, 4.663, 4.603⁵⁸.

W grupie osób do 14 roku życia stwierdzono gruźlicę płuc u 52 dzieci w 2012 r., 62 w 2013 r. i u 44 dzieci w 2014 r., a gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie u 17 dzieci w 2012 r., u 13 w 2013 r. i u 14 dzieci w 2014 r.

W Polsce utrzymują się znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami. Zapadalność na gruźlicę w poszczególnych województwach w 2014 r., na 100.000 mieszkańców, przedstawia rysunek 1.

⁵² łac. tuberculosis.

⁵³ „Podręcznik gruźlicy – zalecenia NPZG” (Narodowego Programu Zwalczania Gruźlicy), Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2001 r. Podręcznik został przygotowany do użytku w krajach Europy środkowej i wschodniej oraz nowo niepodległych państwach byłego Związku Radzieckiego. Zawarte w nim dane kliniczne, kierunki rozwiązań prawnych i organizacja programu zwalczania gruźlicy opierają się na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia.

⁵⁴ Charakterystyka choroby według Głównego Inspektora Sanitarnego.

⁵⁵ Objawy podmiotowe i przedmiotowe gruźlicy płuc: kaszel trwający więcej niż 3 tygodnie, początkowo suchy, następnie wilgotny z wykrztuszaniem śluzowej lub ropnej wydzieliny; duszność występująca w zaawansowanych postaciach choroby – w tych przypadkach może dojść do niewydolności oddechowej.

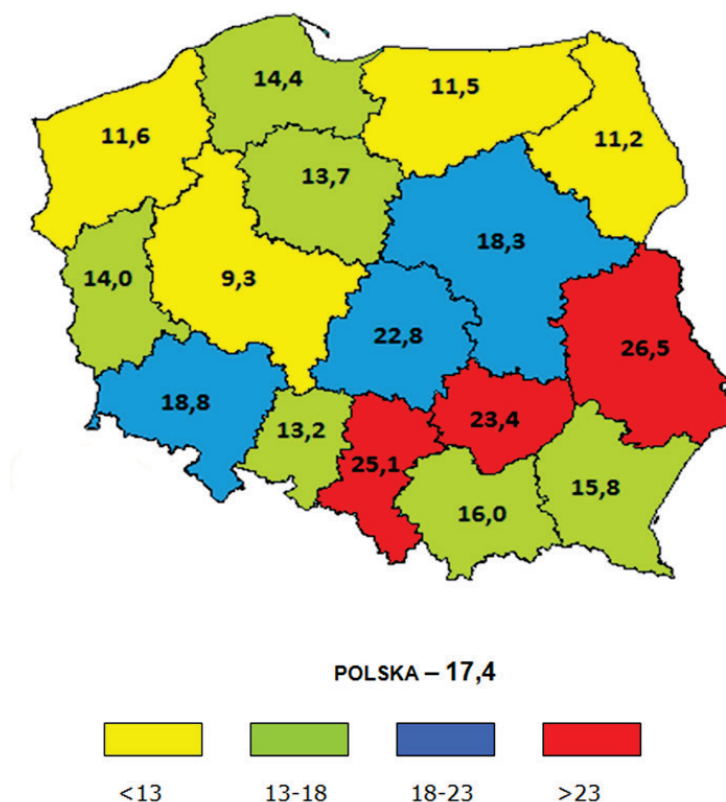
⁵⁶ W tym u 65% z nich gruźlica została potwierdzona wynikiem badań bakteriologicznych.

⁵⁷ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

⁵⁸ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Rysunek nr 1

Zapadalność na gruźlicę w poszczególnych województwach na 100.000 mieszkańców w 2014 r.



Źródło: Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę; Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, 10–12 kwietnia 2015 r.⁵⁹

W 2014 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: lubelskim – 26,5 na 100 tys. mieszkańców, w śląskim – 25,1, w świętokrzyskim – 23,4, łódzkim – 22,8. Najniższe współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci odnotowano w czterech województwach: wielkopolskim – 9,3, podlaskim – 11,2, warmińsko-mazurskim – 11,5, lubuskim – 14⁶⁰. W 2014 r. najwyższe współczynniki zapadalności na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie zarejestrowano w województwie lubelskim – 18 na 100 tys. mieszkańców, świętokrzyskim – 17,2, śląskim – 15,4 i łódzkim 14,8.

Najwyższy współczynnik zachorowalności na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie (na 100 tys. mieszkańców), zarejestrowano u osób w wieku od 45 do 64 lat, który wynosił: 23,4 (2.466 zachorowań) w 2011 r., 21,2 (2.246 zachorowań) w 2012 r., 20,2 (2.133 zachorowań) w 2013 r., 19,8 (2.073 zachorowań) w 2014 r.⁶¹

Wśród dzieci do 14 roku życia stwierdzono gruźlicę płuc u 52 dzieci w 2012 r., 62 dzieci w 2013 r. i u 44 dzieci w 2014 r. W badanym okresie najwyższe współczynniki zapadalności na gruźlicę u dzieci odnotowano w województwach: mazowieckim – 5,0 w 2012 r., 6,3 w 2013 r., 3,4 w 2014 r.

⁵⁹ „Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2014 r.” pod redakcją M. Korzeniewskiej-Koseła – kierownik Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2015.

⁶⁰ „Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2014 r.” pod redakcją dr n. med. M. Korzeniewskiej-Koseła – kierownik Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc; Warszawa 2015.

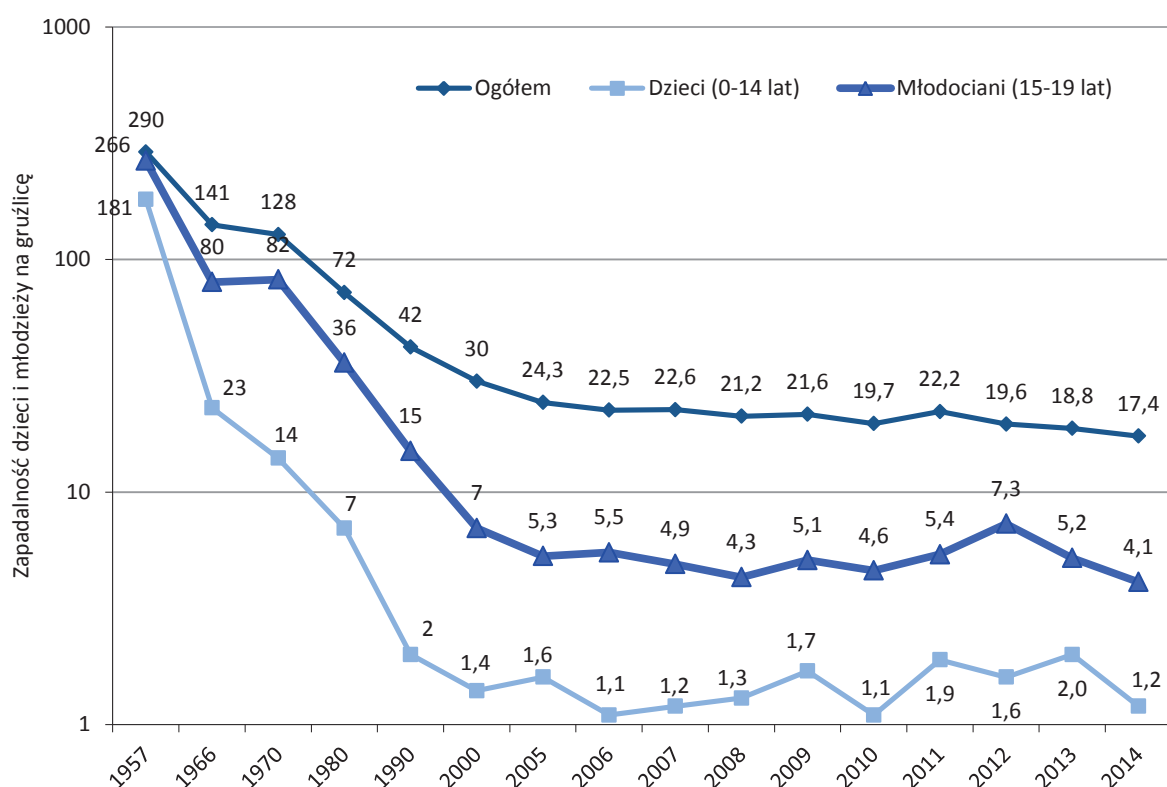
⁶¹ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Wśród młodzieży w wieku od 15 do 19 lat gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie stwierdzono u 31 nastolatków w 2013 r. i u 59 w 2014 r. Najwyższą w Polsce zapadalność na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie odnotowano wśród młodzieży województwa lubelskiego – 11,7 w 2012 r., 6,9 w 2013 r., a w 2014 r. wśród młodzieży województwa opolskiego 7,6.

Wskaźniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci i młodocianych w latach 1957–2014 przedstawia rysunek 2.

Rysunek nr 2

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci u dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957–2014



Źródło: Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę; Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, 10–12 kwietnia 2015 r.

Sytuacja epidemiologiczna w Europie jest zróżnicowana, od niskiej zapadalności na gruźlicę w krajach zachodnich (5–15 zachorowań na 100 tys. mieszkańców), średniej zapadalności w krajach Europy Środkowej (15–30 zachorowań na 100 tys. mieszkańców), do wysokiej zapadalności na Wschodzie Europy, powyżej 60 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Polska ze wskaźnikiem zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wynoszącym: 19,7 w 2010 r., 22,2 w 2011 r., 19,6 w 2012 r., 18,8 w 2013 r., 17,4 w 2014 r. zaliczana jest do krajów o średniej zapadalności na tę chorobę. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce poprawia się systematycznie, ale dość wolno. W porównaniu do przeciętnej zachorowalności w krajach UE częstość zachorowań na gruźlicę w Polsce⁶² jest wyższa o ok. 50%⁶³.

⁶² W ostatnich latach.

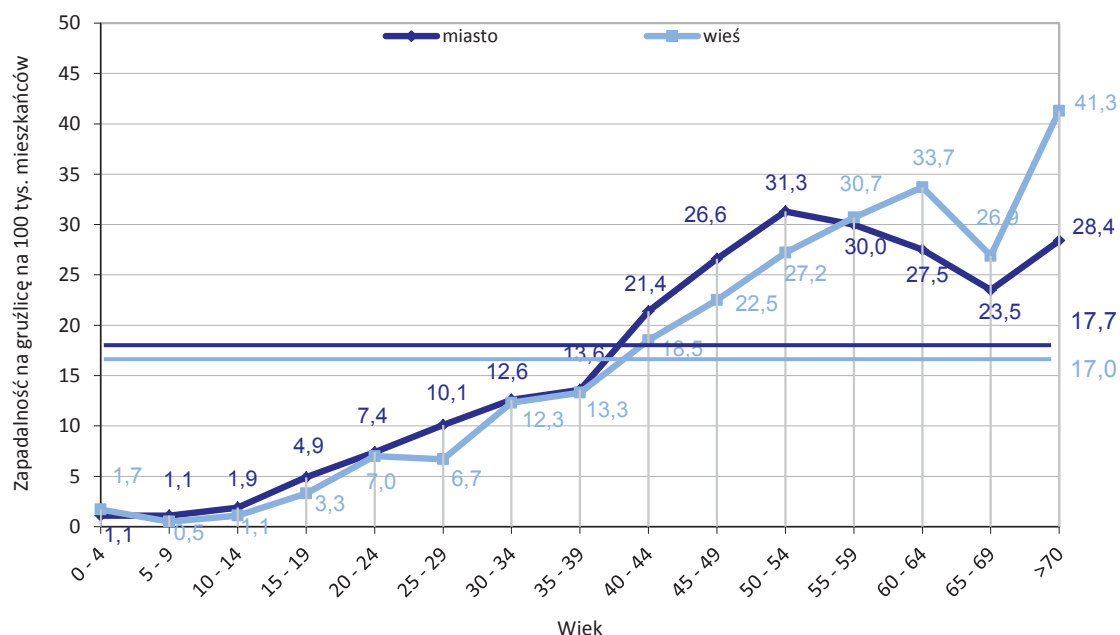
⁶³ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (dalej „PZH”), zachorowania na gruźlicę stwierdza się 5-krotnie częściej u mężczyzn niż kobiet, częściej u mieszkańców wsi niż miast.

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci na 100.000 mieszkańców, według miejsca zamieszkania i wieku w Polsce w 2014 r. przedstawia rysunek 3.

Rysunek nr 3

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci według miejsca zamieszkania i wieku w Polsce w 2014 r. (współczynniki na 100.000 mieszkańców)



Źródło: Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę; Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, 10–12 kwietnia 2015 r.

Zachorowania na gruźlicę dotyczą przede wszystkim osób starszych. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i jest 30-krotnie wyższe u osób powyżej 65 roku życia, w porównaniu z dziećmi. Według PZH mieszkańcy Polski chorują na gruźlicę 2-krotnie częściej niż mieszkańcy Czech i Belgii, 3-krotnie częściej niż mieszkańcy Niemiec, Holandii, Francji i Danii oraz 4–5-krotnie częściej niż Szwedzi i Norwegowie. Na Ukrainie, Białorusi, Litwie i w Rosji gruźlica jest 2–3-krotnie częstsza niż w Polsce. W krajach tych częściej także występuje jej postać wielolekooporna. Ostatnio odnotowany w niektórych krajach wzrost zachorowań na gruźlicę jest związany również z infekcją wirusem HIV⁶⁴.

Przerwanie leczenia gruźlicy płuc niesie groźbę transmisji zakażenia gruźlicą wywołaną przez prątki odporne. Ponowne zachorowania na gruźlicę płuc odnotowano u 847 osób w 2013 r., tj. o 30 mniej niż w 2012 r. (877 osób). Odsetek chorych z nawrotem gruźlicy jest w Polsce wciąż wysoki i wynosi ok. 12%, co wskazuje na niezadawalającą skuteczność leczenia. Ponowne zachorowania na gruźlicę w ogólnej liczbie zarejestrowanych stanowiły 11,6% w 2012 r. i 11,7% w 2013 r.

⁶⁴ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Gruźlica wielolekooporna MDR-TB jest wywoływana przez lekooporne szczepy prątków gruźlicy. Przez wielolekooporność (ang. multi-drug resistance, MDR-TB) rozumie się jednoczesną oporność co najmniej na ryfampicynę (RMP) i izoniazyd (INH). Za główny czynnik rozwoju lekooporności przez prątki uznaje się nieprawidłowo prowadzoną terapię przeciwprątkową, tj. leczenie złymi zestawami leków lub niewłaściwymi dawkami leków, leczenie niesystematyczne i przerwane przedwcześnie.

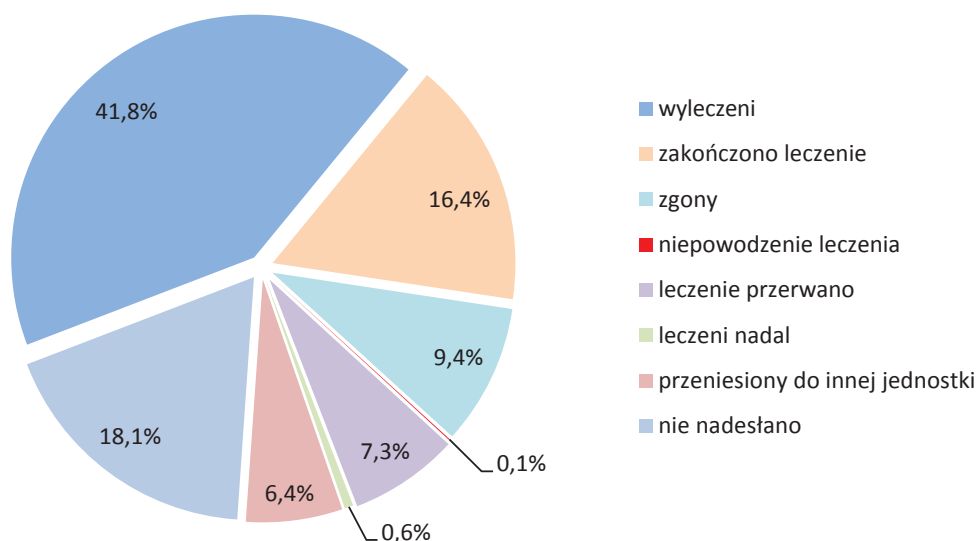
W Polsce gruźlica wielolekooporna MDR-TB jest zjawiskiem rzadkim, dotyczącym mniej niż 1% zachorowań z bakteriologicznym potwierdzeniem gruźlicy. W 2013 r. zarejestrowano w Polsce 40 chorych na MDR-TB, w tym 8 cudzoziemców. Sytuacja ta może ulec pogorszeniu, jeśli zwiększy się liczba cudzoziemców przyjeżdżających do Polski z krajów, w których ta odmiana gruźlicy jest bardziej rozpowszechniona. Według raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), na gruźlicę wielolekooporną na Ukrainie choruje ok. 6.500 osób. Można więc przypuszczać, że część tych cudzoziemców będzie korzystała z leczenia MDR-TB, które nie jest dostępne w ich kraju.

Wyniki leczenia chorych na gruźlicę są ważnym wskaźnikiem oceny sytuacji epidemiologicznej. W Polsce odsetek chorych, u których leczenie zakończyło się sukcesem, zmniejsza się stopniowo, co jest konsekwencją nieprzekazywania do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę wyników leczenia lub przerywania leczenia przez pacjentów. W Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę z 2015 r. ocena wyników leczenia gruźlicy płuc⁶⁵ odnosi się do chorych zarejestrowanych w 2013 r. Wyniki leczenia chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie w 2013 r. przedstawia rysunek 4.

⁶⁵ Według Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę, każdy chory na gruźlicę zaliczony jest do jednej z kategorii określającej wyniki leczenia. Do kategorii „Wyleczony” zalicza się osoby z rozpoznaniem gruźlicy potwierdzonym dodatnim posiewem, które zakończyły pełne leczenie przeciwprątkowe uzyskując posiew ujemny; do kategorii „Leczenie zakończone” – osoby, u których leczenie zostało zakończone, ale nie spełniają one kryterium ani wyleczenia ani niepowodzenia leczenia. Osoby zaliczone do kategorii „Wyleczony” i „Leczenie zakończone” stanowią dobre wyniki leczenia, tj. „sukces leczenia”. Do kategorii: „Niepowodzenie leczenia” zaliczane są osoby w trakcie leczenia przeciwprątkowego, u którego rozmaz lub posiew płwociny pozostaje dodatni lub stał się dodatni w piątym miesiącu leczenia; do kategorii „Leczenie przerwane” zaliczane są osoby biorące leki przeciwprątkowe przez miesiąc lub dłużej, którzy przegrali leczenie oraz chorzy, których losy nie są znane przed zakończeniem leczenia; do kategorii „Przeniesiony do...” zaliczany jest chory leczony w innej placówce, a wyniki leczenia są niedostępne; do kategorii „Nadal leczony” zaliczany jest chory leczony przez 12 miesięcy, który nie spełnia wymogów wymienionych wyżej kategorii.

Rysunek nr 4

Wyniki leczenia chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym zarejestrowanych w Polsce w 2013 r.



Źródło: Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę; Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, 10–12 kwietnia 2015 r.

Wśród 4.663 chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, zarejestrowanych w 2013 r., leczenie gruźlicy zakończyło się pomyślnie u 58,2% osób⁶⁶, 9,4% zmarło⁶⁷, 7,3% chorych na gruźlicę przerwało leczenie⁶⁸, u 0,1% leczenie zakończyło się niepowodzeniem⁶⁹, a w odniesieniu do 18,1% chorych na gruźlicę nie przesłano danych o wynikach leczenia⁷⁰.

W 2014 r. pomyślnie leczenie gruźlicy zakończyły 1.924 osoby⁷¹, tj. 28,7% osób zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę⁷², 293 osoby zmarły (4,4%), 206 osób przerwało leczenie (3,1%), 177 osób przeniesiono do innej jednostki (2,6%), a w odniesieniu do 4.080 osób nie przesłano wyników leczenia (60,9%).

W 2007 r. odsetek pacjentów, których danych o wynikach leczenia gruźlicy płuc nie przesłano do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę wynosił 5,8%, a w 2014 r. wzrósł do 60,9%.

W 2013 r. zwiększyła się liczba chorych na gruźlicę wywołaną przez prątki oporne na co najmniej 1 lek p/prątkowy. Takich przypadków, zgodnie ze sprawozdaniem MZ – 13, było 112 na koniec 2012 r., 128 na koniec 2013 r. i 110 w 2014 r. W tej grupie osób zarejestrowano: 35 przypadki gruźlicy wielolekoopornej (MDR-TB) w 2012 r., 44 przypadki w 2013 r. i 21 w 2014 r. Gruźlicę wielolekooporną rozpoznano u 8 cudzoziemców w 2013 r. i 7 w 2014 r.

Na gruźlicę płuc zmarło 609 osób dorosłych w 2011 r., 616 osób w 2012 r., 518 w 2013 r. W 2012 nie odnotowano żadnego zgonu na gruźlicę w grupie dzieci do lat 14 i młodzieży w wieku od 15 do 19 lat, natomiast w 2013 r. wśród młodzieży odnotowano zgon jednej osoby z powodu gruźlicy.

⁶⁶ Łącznie 2.715 osób, w tym kategoria „Wyleczony” – 1.948 osób (41,8% zarejestrowanych w 2013 r.) i kategoria „Leczenie zakończone” – 767 osób (16,4% zarejestrowanych w 2013 r.).

⁶⁷ 437 osób, tj. 9,4% liczby chorych u których gruźlicę płuc potwierdzono bakteriologicznie (4.663 osoby).

⁶⁸ 340 osób, tj. 7,3%.

⁶⁹ U trzech chorych na gruźlicę płuc, tj. 0,1%.

⁷⁰ 842 osoby, tj. 18,1%.

⁷¹ 962 osoby „wyleczone” i 962 osoby „leczenie zakończone”.

⁷² 6.698 osób.

Nowotwory złośliwe układu oddechowego

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. W latach 1963–2013 liczba zachorowań na nowotwory wzrosła czterokrotnie, tj. wśród mężczyzn liczba zachorowań wzrosła o ponad 61 tys., a wśród kobiet o ponad 57 tys. Wzrostowi zachorowań towarzyszył także wzrost liczby zgonów z powodu tej choroby (w analogicznym okresie o ponad 32,5 tys. wśród mężczyzn i ponad 22,5 tys. wśród kobiet).

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia.

W ostatniej dekadzie nastąpiły korzystne zmiany polegające na zmniejszeniu odsetka palących, co przełożyło się na utrzymujący się od prawie piętnastu lat spadek częstości zachorowań i zgonów na nowotwory płuca. Nadal jednak nowotwory złośliwe płuca są najczęstszym nowotworem u mężczyzn, stanowiącym ok. jedną piątą zachorowań i jedną trzecią zgonów z tego powodu. Udział mężczyzn z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe, wynosił: 21,4% w 2009 r., 21,2% w 2010 r., 20,3% w 2011 r., 19,9% w 2012 r., 18,67% w 2013 r.⁷³

Wzrost zagrożenia nowotworami płuca u kobiet jest związany z wchodzeniem w wiek zwiększonego ryzyka choroby nowotworowej kobiet urodzonych w latach 1940–1960, wśród których obserwowano najwyższą częstość palenia tytoniu. Udział kobiet z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe, wynosił: 8,5% w 2010 r., 8,7% w 2011 r., 8,7% w 2012 r. i 8,8% w roku 2013⁷⁴. W latach 2011–2012 zgony kobiet z powodu nowotworu złośliwego płuca stanowiły odpowiednio 15,4% i 15,3%, wyprzedzając nowotwór piersi, który stanowił w tym okresie 13,4% i 13,3% zgonów.

W 2013 r. liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wynosiła 156,5 tys., a zgonów – 94,1 tys.⁷⁵.

Strukturę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów, w tym nowotworu złośliwego płuca, w podziale na płeć, w 2013 r., przedstawia rysunek 5.

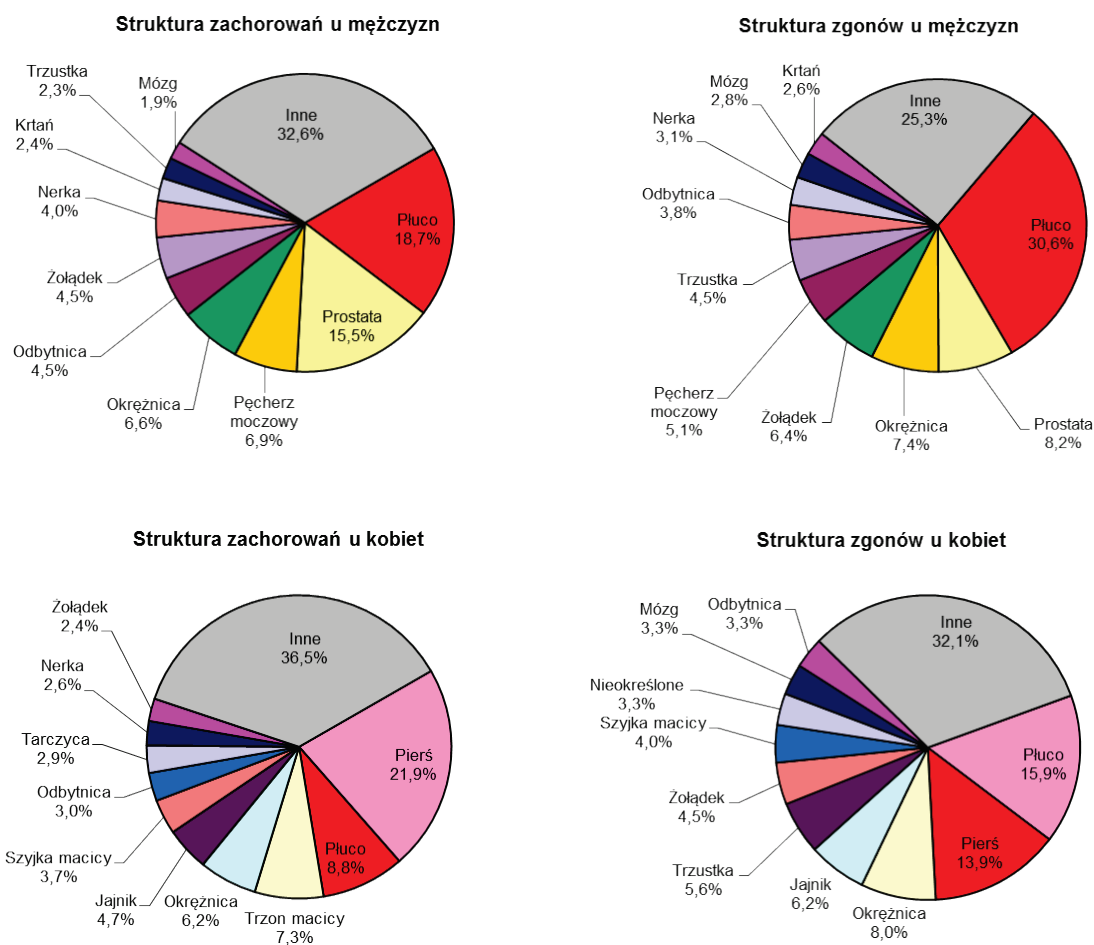
⁷³ Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało 14.735 mężczyzn w 2009 r., 14.845 w 2010 r., 14.573 w 2011 r., 15.196 w 2012 r., 14.609 mężczyzn w 2013 r.

⁷⁴ Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało: 6.066 kobiet w 2010 r., 6.312 w 2011 r., 6.655 w 2012 r., 6.915 kobiet w 2013 r.

⁷⁵ Dane według publikacji „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku”, Warszawa 2015, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

Rysunek nr 5

Struktura zachorowań i zgonów na poszczególne rodzaje nowotworów w podziale na płeć w 2013 r.



Źródło: Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

W 2013 r. najczęściej rejestrowanymi nowotworami złośliwymi u mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca – 18,7%. Zgony z powodu nowotworu płuca wśród mężczyzn stanowiły – 30,6% wszystkich zgonów z powodu choroby nowotworowej.

W 2013 r. wśród kobiet najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy piersi – 21,9% i nowotwór płuca – 8,8%. Zgony kobiet z powodu nowotworu płuca stanowiły – 15,9% wszystkich zgonów z powodu choroby nowotworowej.

3.2 Ministerstwo Zdrowia

3.2.1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i usprawnienia wczesnej diagnostyki dla osób zagrożonych przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. przyjęty został Narodowy Program Zdrowia (zwany dalej również „NPZ”) na lata 2007–2015. W dokumencie tym, jako realizatorów NPZ wskazano administrację rządową i samorządową oraz organizacje pozarządowe. Środki finansowe na realizację przyjętych zadań miały być wygospodarowane przez realizatorów NPZ, w zależności od ich potrzeb i możliwości. Finansowanie realizacji celu strategicznego NPZ, dotyczącego

zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, miało następować ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN)⁷⁶, realizowanego w latach 2006–2015.

Funkcja organu koordynującego działania ministerstw i instytucji w realizacji NPZ przypisana została Międzyresortowemu Zespołowi Koordynacyjnemu (dalej „Zespół”), powołanemu przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie zarządzenia nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, zwanego dalej „zarządzeniem nr 108”⁷⁷. Zgodnie z § 2 tego zarządzenia, realizacja zadań koordynacyjnych Zespołu miała się odbywać m.in. poprzez: okresowe zgłaszanie Radzie Ministrów wniosków i propozycji zmian priorytetów NPZ, okresowej oceny postępów w realizacji poszczególnych zadań i opracowywanie projektów zmian oraz inicjowanie przedsięwzięć służących upowszechnianiu założeń NPZ, a także podejmowanie działań dotyczących „dostosowywania zasad monitorowania sytuacji zdrowotnej ludności do zasad rekomendowanych dla krajów członkowskich Unii Europejskiej”. Zespołowi przewodniczył Prezes Rady Ministrów, a funkcję wiceprzewodniczącego sprawował Minister Zdrowia. W praktyce, w okresie objętym kontrolą, pracami Zespołu kierował Minister Zdrowia lub upoważniony przez niego sekretarz stanu. Zgodnie z § 2 regulaminu pracy Zespołu, obsługę kancelaryjną Zespołu miał zapewniać Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia (dalej również „MZ”). Do zadań Wydziału Medycyny Pracy i Profilaktyki Zdrowotnej, zgodnie z § 8 wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego⁷⁸, należało m.in.: koordynacja działań dotyczących realizacji Narodowego Programu Zdrowia i monitoring realizacji zadań⁷⁹ oraz nadzór nad realizacją celów operacyjnych NPZ przypisanych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia jako instytucji odpowiedzialnej, podejmowanie prac związanych z przewodnictwem ministra właściwego do spraw zdrowia w Zespole Koordynacyjnym NPZ oraz przygotowywanie materiałów i informacji zbiorczych z realizacji zadań i oczekiwanych efektów realizacji NPZ ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Zespół został zobowiązany⁸⁰ do składania, w terminie do 31 marca, rocznych sprawozdań ze swej działalności, które powinny obejmować m.in. wyniki monitorowania efektów wynikających z realizacji NPZ.

Departament Zdrowia Publicznego w MZ nie wywiązał się z obowiązku przygotowywania materiałów i informacji zbiorczych z realizacji zadań i uzyskanych efektów NPZ, w badanym okresie, do czego zobowiązywał § 8 wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego. Zespół odpowiedzialny za koordynowanie działań ministerstw i instytucji w realizacji

⁷⁶ Program realizowany na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.).

⁷⁷ Zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia; zmieniane było odpowiednio zarządzeniami Prezesa Rady Ministrów: nr 38 z dnia 3 kwietnia 2006 r.; nr 34 z dnia 27 marca 2008 r.; nr 77 z dnia 3 listopada 2010 r.; nr 89 z dnia 10 października 2012 r.

⁷⁸ Wprowadzony zarządzeniem nr 20 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 31 maja 2013 r. w sprawie ustalenia wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego.

⁷⁹ Oraz wypełniania celów operacyjnych NPZ oraz koordynacja prac związanych z przyjęciem edycji NPZ na kolejne lata, a także nowelizacji obowiązującego NPZ.

⁸⁰ Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów nr 34 z dnia 27 marca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

NPZ⁸¹ nie określił zasad współpracy tych podmiotów oraz harmonogramu działań ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za realizację NPZ.

Jak wyjaśnił zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ, Zespół nie pełnił funkcji koordynacyjnej, lecz konsultacyjną, a opracowanie harmonogramu działań nie było przewidziane w uchwale nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

W ocenie NIK niepodjęcie przez Zespół zadania koordynacji działań różnych podmiotów, realizujących zadania NPZ, było postępowaniem nierzetelnym.

Sprawozdania opracowane przez Zespół, za lata 2012–2013, nie zawierały wyników monitorowania efektów wykonania zadań NPZ przez administrację rządową i samorządową, a jedynie opis realizacji programów polityki zdrowotnej przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Sprawozdania nie zawierały także informacji o osiągniętych wartościach mierników celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym m.in. POChP⁸² oraz wartości wskaźników realizacji celów operacyjnych 1⁸³, 4⁸⁴, 13⁸⁵ i 14⁸⁶, służących osiągnięciu tego celu.

Zastępujący Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił, iż NPZ został przyjęty w drodze uchwały Rady Ministrów i nie był dokumentem wiążącym dla podmiotów innych niż członkowie Rady Ministrów, co pozbawiało administrację rządową skutecznych możliwości monitorowania zadań realizowanych przez inne podmioty, w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, instytucje naukowe i organizacje pozarządowe.

Zdaniem NIK przywołana formuła realizacji programu nie wykluczała możliwości oceny postępów w realizacji poszczególnych zadań, do czego zobowiązywało także zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Niepodjęcie działań w celu zapewnienia monitorowania postępów realizacji zadań przez wszystkich uczestników NPZ było nierzetelne.

⁸¹ Zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

⁸² Wskaźnikiem celu strategicznego nr 6 była liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), a oczekiwaną zmianą wskaźnika było obniżenie liczby zgonów z powodu POChP w stosunku do bazowego roku 2005.

⁸³ Wskaźniki dotyczyły liczby wypalonych papierosów przypadającej rocznie na statystycznego mieszkańca kraju, monitorowania zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe, poziomu wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu i prowadzenia polityki antytytoniowej w dorosłej populacji kraju, oceny skuteczności realizowanych programów edukacyjnych i interwencyjnych, oceny dostępności i efektywności leczenia uzależnienia od tytoniu w Polsce, poziomu zagrożeń związanych z paleniem tytoniu przez dzieci i młodzież.

⁸⁴ Wskaźniki – liczba szkół mających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego, liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (odpowiednia infrastruktura), liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej, wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy), częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

⁸⁵ Wskaźniki – liczba ocenianych rocznie nowych technologii medycznych, liczba stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji, liczba szpitali wnioskujących rocznie o akredytację, liczba szpitali mających akredytację, liczba poza-szpitalnych świadczeniodawców wnioskujących o akredytację, liczba pozaszpitalnych świadczeniodawców, którzy uzyskali akredytację w ciągu roku, odsetek dyrekcji szpitalnych, w których pracuje osoba odpowiedzialna za jakość opieki, liczba rejestrów z aktywnym napływem danych, okresową analizą i informacją zwrotną, liczba oddziałów w pełni (>95%) uczestniczących w rejestrach pacjentów, liczba szpitali uczestniczących w rejestrze działań niepożądanych, liczba szpitali uczestniczących w programie analizy opinii pacjentów, wskaźnik uwzględniania mierników jakości świadczeniodawców w kontraktach na usługi medyczne.

⁸⁶ W celu operacyjnym 14 – Usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu oddechowego, określono trzy wskaźniki jego monitorowania: wskaźnik zapadalności, chorobowości i umieralności na POChP.

Minister Zdrowia zlecił Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny, (zwanego dalej „Instytutem”) opracowanie sprawozdania Zespołu za 2012 r.⁸⁷, które winno zawierać dane dotyczące realizacji w 2011 r., zadań wyznaczonych w NPZ na lata 2007–2015⁸⁸. Zlecenie Instytutowi monitorowania realizacji NPZ podyktowane było ograniczonymi zasobami kadrowymi Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ. Za działanie niegospodarne uznaje NIK wydatkowanie przez Ministerstwo kwoty 56 tys. zł na opracowanie, które nie zawierało danych o osiągniętych wskaźnikach realizacji zadań NPZ, co było niezgodne z podpisaną umową.

Sprawozdanie Zespołu za rok 2014 zawierało informację z monitorowania niektórych wskaźników NPZ za lata 2012–2014. Jednak w odniesieniu do celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (POChP) informacja z monitoringu była niepełna, ponieważ zawierała tylko wskaźnik zgonów (5,2% z powodu chorób układu oddechowego w 2012 r.), a nie wskazywała liczby zgonów w porównaniu do lat poprzednich oraz roku bazowego 2005. W efekcie nie możliwa była ocena uzyskanych korzyści zdrowotnych w ramach realizowanego zadania. Nie przedstawiono także pełnych danych z monitorowania wskaźników celów operacyjnych: 1⁸⁹, 4⁹⁰, 13⁹¹ oraz 14⁹².

Jak wyjaśnił m.in. Zastępujący Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia: „przed 2013 r. przygotowanie sprawozdania z realizacji NPZ 2007–2015 było zlecane Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny w ramach umowy cywilnej i nie zawierało informacji innych, niż dane o realizacji programów zdrowotnych przez JST. Po 2013 r. w sprawozdaniach w miarę posiadanych informacji i przy bardzo ograniczonych środkach na działalność merytoryczną Departamentu Zdrowia Publicznego (i jednocześnie niskiej ocenie rzetelności i wiarygodności danych z JST) sprawozdanie było uzupełniane przez zleceniobiorców Departamentu, którzy z uwagi na szereg uwarunkowań merytorycznych i finansowych podlegali istotnej rotacji”. (...). „W 2015 r. podjęto próbę przygotowania monitoringu dotyczącego samych wskaźników proponowanych w NPZ 2007–2015. Podjęte działania wykazały, że zaproponowane wskaźniki nie są możliwe do zgromadzenia w ramach rutynowej statystyki i danych zbieranych w systemach informacyjnych ochrony zdrowia”. (...) „Pracownikom Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ nie udało się dotrzeć m.in. do wiarygodnego źródła informacji niezbędnych do określenia za 2014 r. wskaźników dla celu 6 (zmniejszenie liczby zapadalności na POChP,

⁸⁷ Na podstawie umowy z dnia 29 sierpnia 2012 r.

⁸⁸ W § 1 umowy z dnia 23 sierpnia 2012 r., Instytut zobowiązał się do przeprowadzenia monitoringu realizacji w 2011 r. zadań wyznaczonych w NPZ na lata 2007–2015.

⁸⁹ W celu operacyjnym nr 1 spośród wymienionych sześciu mierników jego realizacji nie podano wartości wskaźnika zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe.

⁹⁰ W celu operacyjnym 4 wśród wymienionych pięciu wskaźników w NPZ, nie podano wymaganych danych dotyczących wartości wskaźnika sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy) oraz wskaźnika częstotliwości uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

⁹¹ Cel 13 dotyczył poprawy jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta, spośród wymienionych w NPZ 12 wskaźników, w sprawozdaniu podano jedynie wartość trzech tj. liczbę ocenianych nowych technologii medycznych, liczbę stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji (w 2012 r. – 54, 2013r. – 12, w 2014 r. – 5), liczbę szpitali mających akredytację (za 2013 r. – 136 szpitali oraz za 2014 – 187 szpitali, nie podano tej liczby za 2012r.). w sprawozdaniu brak danych z monitoringu 9 pozostałych wskaźników.

⁹² Cel operacyjny 14 dotyczył usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu oddechowego przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.

zmniejszenia zachorowalności na POChP oraz zmniejszenia umieralności z powodu POChP) oraz pełnych danych dla celu 14, pomimo występowania do szeregu podmiotów eksperckich (konsultanci krajowi, NIZP-PZH, NFZ)“.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak rzetelnego monitorowania i oceny realizacji celów Programu.

Wiarygodność i spójność tych danych zależy od jakości danych dostarczanych przez osoby poświadczające. Dane te powinny być wykorzystane m.in. do oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa, analiz epidemiologicznych, opracowania programów profilaktycznych. Jak podaje GUS⁹³, Światowa Organizacja Zdrowia w swym Raporcie z grudnia 2013 r.⁹⁴ po raz kolejny wykluczyła Polskę z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Powodem wykluczenia był ponad 25% udział zgonów o „niedokładnie określonych przyczynach”⁹⁵. Jednym z 40-stu postulatów Eurostatu dotyczących wystawiania kart zgonów jest konieczność stałego edukowania pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w procesie opisywania przyczyn zgonów.

Realizacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – cel operacyjny 14

Osiągnięcie celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego zamierzano osiągnąć m.in. poprzez wprowadzenie Narodowego Programu Zwalczania POChP.

W NPZ w celu operacyjnym 14 – Usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu oddechowego określono trzy wskaźniki jego monitorowania: wskaźnik zapadalności, chorobowości i umieralności na POChP. Sprawozdania sporządzone przez Zespół, za lata 2012–2014, nie zawierały informacji o liczbie osób leczonych z rozpoznaną POChP i osiągniętych wskaźnikach.

Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował, w badanym okresie, realizację Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP. W 2012 r. program realizowało 220 świadczeniodawców POZ⁹⁶, a w 2013 r. – 207 świadczeniodawców⁹⁷ (tj. o 5,9% mniej niż w roku poprzednim), w 2014 r. – 197 świadczeniodawców⁹⁸ (tj. o 10,5% mniej niż w 2012 r.). W 2015 r. (I półrocze) program realizowało już tylko 149 świadczeniodawców, tj. 1,6% ogólnej liczby świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Wraz ze zmniejszającą się liczbą świadczeniodawców zmniejszała się liczba uczestników programu: w 2012 r. wyniosła 15.575 osób, w 2013 r. – 11.388 osób (o 26,9% mniej niż w 2012 r.), w 2014 r. – 11.205 osób (o 28,1% mniej niż w 2012 r.). Ponadto, świadczeniodawcy nie wywiązali się z zawartych umów. W latach 2012–2014 na zakontraktowaną wartość świadczeń (w etapie podstawowym i specjalistycznym) w wysokości 1.806.843,00 zł, zrealizowano świadczenia o wartości 1.173.564 zł, co stanowiło 64,9% planu.

⁹³ Artykuł GUS pt. „Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów?”.

⁹⁴ http://www.who.int/healthinfo/statistics/GHE_TR2013-3_COD_MethodsFinal.pdf.

⁹⁵ Oprócz danych z Polski, analizą nie zostały objęte m.in. dane Argentyny, Azerbejdżanu, Bułgarii, Grecji, Gwatemali, Kataru.

⁹⁶ 2,4% ogółu świadczeniodawców POZ.

⁹⁷ 2,2% ogółu świadczeniodawców POZ.

⁹⁸ 2,1% ogółu świadczeniodawców POZ.

W latach 2012–2015 z ogólnej liczby uczestników programu (43.094 osoby), 22.784 osoby podjęły próbę zaprzestania palenia (52,9%), 2.790 osób objęto leczeniem odwykowym w etapie podstawowym (6,5%), a 3.582 osoby zostały zakwalifikowane do grupy ryzyka POChP (8,3%). Malejące zainteresowanie lekarzy POZ realizacją programu, o czym świadczy zmniejszająca się liczba umów na jego realizację, wynikało z dodatkowych wymogów, jakie musieli spełnić, takich jak: szkolenie w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i posiadanie odpowiedniej jakości spirometru, co wiązało się z ponoszeniem dodatkowych kosztów.

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań w celu przygotowania „Narodowego Programu Zwalczania POChP” wskazanego w NPZ i nie wyjaśniło przyczyn niepodjęcia tych działań, co NIK ocenia negatywnie.

Nie podjęto także działań w celu uruchomienia „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji” (dalej również „NWM”), mimo że w budżecie w części 46 – Zdrowie planowano na lata 2013–2014 środki na jego realizację w wysokości 10.200 tys. zł.

Głównym celem tego Programu było zmniejszenie umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc w Polsce. Cel ten planowano osiągnąć poprzez utworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji w oddziałach chorób płuc oraz ich wyposażenie w niezbędny sprzęt. Program zaplanowano na lata 2012–2014, a łączny koszt jego realizacji oszacowano na 29.563,3 tys. zł. Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹⁹ poszerzył zakres tych świadczeń o „Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc” ale nie przygotował „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji”. Opracowanie programu powierzono ekspertowi – przewodniczącej Sekcji Intensywnej Terapii i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Ekspert, pomimo licznych monitów, przekazała pełną treść programu dopiero w lipcu 2015 r. Projekt programu wymagał licznych modyfikacji, m.in. wprowadzenia nowych zadań, zmiany kategorii wydatków, pozyskania opinii Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w zakresie zasadności planowanego w ramach programu wyposażenia sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, dostępności rynkowej wyrobów medycznych oraz zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W związku z powyższym, konieczne było przesunięcie jego obowiązywania na lata 2016–2018.

NIK negatywnie ocenia nieprawidłową realizację NPZ, a zwłaszcza niepodjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu opracowania i wdrożenia „Narodowego Programu Zwalczania POChP” oraz nieuruchomienie „Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji (PNW)” w latach 2013–2014.

Realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) Program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym POChP, ze zmniejszającą się corocznie liczbą świadczeniodawców i świadczeniobiorców, przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem w latach 2012–2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób.

⁹⁹ W poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

3.2.2. Działania prowadzone na rzecz zwiększenia skuteczności zapobiegania gruźlicy płuc

Bieżącą oceną sytuacji epidemiologicznej, tj. wykrywaniem, leczeniem oraz zapobieganiem gruźlicy, zajmuje się Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. W strukturze organizacyjnej Instytutu funkcjonuje Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, który prowadzi Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę¹⁰⁰.

Sprawowanie stałego nadzoru i oceny skuteczności leczenia gruźlicy w skali całego kraju powinien umożliwiać Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę, który współpracuje m.in. z organizacjami międzynarodowymi: Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Europejskim Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób Unii Europejskiej (ECDC) w zakresie monitorowania gruźlicy.

W latach 2012–2015, w ramach realizacji celu strategicznego „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom” NPZ¹⁰¹ Rada Ministrów zaplanowała zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia gruźlicy do poziomu 90%. Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia wyznaczyła cele, do których powinny dążyć wszystkie kraje członkowskie, tj. osiągnięcie sukcesu leczenia¹⁰² u 85% zarejestrowanych w danym roku chorych na gruźlicę.

Z danych statystycznych wynika, iż liczba zachorowań na gruźlicę systematycznie malała, w 2012 r. zachorowały 7.542 osoby, w tym 7.018 osób na gruźlicę płuc i odpowiednio w 2013 r. – 7.250 osób (o 3,9% mniej niż w 2012 r.) i 6.835 osób, w 2014 r. 6.698 osób (o 11,2% mniej niż w 2012 r.) i 6.311 osób.

Pomimo niższej zachorowalności, nie wiadomo, czy wyniki leczenia gruźlicy osiągnęły cel wyznaczony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), tj. „sukces leczenia” u 85% wszystkich chorych, u których w danym roku rozpoznano gruźlicę. Główną przyczyną braku informacji w tym zakresie jest niewprowadzenie ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy przez lekarzy, skutkiem czego większość z nich nie przekazywała do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę takich informacji.

NIK zwraca uwagę na wysoki odsetek chorych, których wyniki leczenia nie zostały przesłane przez lekarzy do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. W 2007 r. odsetek pacjentów, których danych o wynikach leczenia gruźlicy płuc nie przesłano do Rejestru wynosił 5,8%, w 2014 r. wzrósł do 60,9%. Wśród chorych na gruźlicę wyniki leczenia nie były znane w odniesieniu do 2.526 osób (33,5%) w 2012 r., 2.400 osób (33,1%) w 2013 r., 4.080 osób (60,9%) w 2014 r. W ocenie Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc istotną przyczyną braku właściwych wyników leczenia jest także brak zorganizowanego systemowo leczenia bezpośrednio nadzorowanego, które zmniejszałoby ryzyko nieregularnego przyjmowania leków.

¹⁰⁰ Na wniosek Instytutu z dnia 7 lipca 2009 r., Główny Inspektor Sanitarny w decyzji: GIS-EP-022-25 (1) – WE/09 z dnia 3 września 2009 r. wskazał Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc jako „krajową specjalistyczną jednostkę właściwą w zakresie gruźlicy” do prowadzenia Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. Decyzja GIS została wydana na podstawie art. 30 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, stanowiącym, że Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, zawierającego: 1) dane ze zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 pkt 1, 2 tej ustawy, dane uzyskane w ramach indywidualnego nadzoru epidemiologicznego obejmujące: a) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, b) opis okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, c) charakterystykę biologicznego czynnika chorobotwórczego. Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 18 maja 2010 r. określił sposób prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje (Dz. U. Nr 94, poz. 610).

¹⁰¹ Cel strategiczny 7 NPZ.

¹⁰² Kategoria wyleczony i leczenie zakończone.

Z uwagi na wspomniane przyczyny, odsetek chorych u których leczenie zakończyło się udokumentowanym sukcesem, wyniósł 28,7% w 2014 r.¹⁰³ Pomimo tego, Minister Zdrowia nie podjął prac nad zmianami legislacyjnymi wprowadzającymi obowiązek zgłaszania wyników leczenia. Z propozycjami uregulowania tej kwestii nie wystąpił także Główny Inspektor Sanitarny (GIS), chociaż Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc wielokrotnie występował bezpośrednio do GIS o wprowadzenie obowiązku raportowania wyników leczenia.

Ze sprawozdań przekazanych przez wojewodów dotyczących realizacji programów zdrowotnych, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikało, że w 2012 r. samorządy terytorialne zrealizowały łącznie tylko 68 programów wczesnego wykrywania gruźlicy i POChP, obejmując badaniami 77.169 osób, co stanowiło 0,3% dorosłej populacji, w 2013 r. 83 programy obejmujące badaniami 56.290 osób (0,2%), a w 2014 r. 89 programów skierowanych do 81.947 osób (0,3%). W latach 2012–2014 w województwach: opolskim, podlaskim i podkarpackim zrealizowano po jednym programie w każdym roku. Sprawozdania przekazane przez wojewodów były niewiarygodne, gdyż umieszczano w nich programy własne samorządu oraz realizowane przez inne podmioty np. NFZ. W sprawozdaniu z województwa dolnośląskiego za 2013 r. podano, że w gminie Lwówek Śląski realizowano „Program profilaktyki gruźlicy”, w którym świadczenie opieki zdrowotnej polegało na sporządzeniu wywiadu środowiskowego przez pielęgniarkę środowiskową i udzieleniu porady lekarskiej, przy czym program w 100% zrealizowano ze środków NFZ, podobnie w gminie Bolków ten sam program zrealizowany został w 100% ze środków NFZ i nie podano jakich świadczeń udzielono w ramach programu oraz liczby pacjentów.

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło konsultacji w sprawie włączenia badań RTG klatki piersiowej do profilaktycznych badań pracowniczych. Z wyjaśnienia wynikało m.in., iż dostosowanie przepisów różnych grup zawodowych jest wnioskowane przez właściwych ministrów kierujących odpowiednimi działami gospodarki.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak systemowych rozwiązań pozwalających określić liczbę osób wyleczonych z gruźlicy w danym roku. Zdaniem NIK niepodjęcie przez Ministra Zdrowia działań legislacyjnych uniemożliwiało rzetelne monitorowanie wyników leczenia gruźlicy i stanowiło przejaw zaniechania realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego. NIK zwraca uwagę na ograniczony dostęp obywateli do badań profilaktycznych w zakresie gruźlicy.

3.2.3. Skuteczność działań na rzecz poprawy dostępu do badań diagnostycznych i leczenia nowotworów złośliwych układu oddechowego.

Ministerstwo Zdrowia realizowało, w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN), zadanie „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Jego celem była poprawa dostępności świadczeń w zakresie leczenia raka płuca, który jest najczęstszym nowotworem u mężczyzn i drugim w kolejności u kobiet. W celu realizacji tego zadania przewidziano wydatki związane z dofinansowaniem zakupu sprzętu specjalistycznego na doposażanie ośrodków torakochirurgii, kosztami utrzymania ośrodka koordynującego i działań przez niego realizowanych, tj. Programu badań wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej (CT) oraz prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuca.

¹⁰³ Według stanu na 15.10.2015 r.

W latach 2012–2015 (I półrocze) na realizację zadania Ministerstwo Zdrowia w części 46 budżetu państwa – Zdrowie, zaplanowało środki w wysokości 63.792,3 tys. zł, a po zmianach w kwocie 53.379,2 tys. zł, tj. niższej o 16,3%. Zrealizowane wydatki budżetowe w tym okresie wyniosły 45.523,3 zł (85,3% planowanych po zmianach), z tego wydatki majątkowe (zakup sprzętu) – 40.717,1 tys. zł (88,4%), wydatki bieżące – 4.806,2 tys. zł (65,8%). Na niższe wykonanie planu wydatków bieżących miało wpływ opóźnienie w zawarciu umowy na koordynację zadania w 2015 r. oraz niepełne wykonanie planowanych wydatków na badania przesiewowe, w latach 2012–2014, które wyniosły 3.197,4 zł (ok. 79% planowanych po zmianach). W latach 2012–2014 wykonano 12.430 badań, co stanowiło ok. 83% planowanej liczby – 15.000 i wynikało z niższej zgłaszalności na badania oraz niższych kosztów jednostkowych. Wydatki związane z koordynacją zadania wyniosły 1.608,8 tys. zł (67,3% planu po zmianach), w tym 1.203,6 tys. zł stanowiły wydatki związane z prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuca. W latach 2012–2015 koordynatorem zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” był Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wyłoniony w drodze konkursu ofert.

W latach 2012–2014 podpisanie umów na koordynację zadania, następowało w terminach określonych w harmonogramach zadań wykonywanych w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN), w II i III kwartale roku. Natomiast w 2015 r. umowa została podpisana w dniu 16 września, co było niezgodne z terminem pierwotnie określonym w harmonogramie NPZChN¹⁰⁴. Późniejsze podpisanie umowy nastąpiło z powodu unieważnienia pierwszego konkursu, ponieważ oferta złożona przez jednego oferenta nie spełniała wymogów merytorycznych. Rozstrzygnięcie dodatkowego postępowania nastąpiło dopiero 26 sierpnia 2015 r. W badanym okresie, na podstawie umów podpisanych pomiędzy Ministrem Zdrowia a Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc, wydatkowano:

- 1.696,2 tys. zł w 2012 r., tj. 80,4% wartości umowy (2.109,8 tys. zł), gdyż wykonano mniejszą liczbę badań przesiewowych, niższe były również ich koszty (wykonano 4.447 badań przesiewowych, o 553 badań mniej niż zaplanowano w umowie) o wartości 1.139,7 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 256,28 zł (o 14,6% niższy niż w umowie);
- 1.587,1 tys. zł w 2013 r., tj. 99,6% kwoty przekazanej (1.592,7 tys. zł). Wykonano 4.081 badań o wartości 1.044,47 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 255,91 zł;
- 1.522,9 tys. zł w 2014 r., tj. 75,4% kwoty przekazanej (2.018,5 tys. zł). Wykonano 3.902 badania o wartości 1.013,3 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 259,69 zł.

W ramach umowy na koordynację zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, Ministerstwo zleciło Instytutowi Gruźlicy i Chorób Płuc (koordynatorowi zadania) prowadzenie rejestru danych klinicznych i histopatologicznych, zwanego w opisie programu Krajowym Rejestrem Raka Płuca lub Krajową Bazą Raka Płuca, gdzie do końca 2014 r. wprowadzono dane o ponad 29,5 tys. chorych, leczonych chirurgicznie na raka płuca. Rejestr Raka Płuca (bazę) utworzono w 2007 r. Zgodnie z art. 19 ust. 1 i 3 oraz art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie

¹⁰⁴ Uchwałą Nr 214/2015 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 2015 r. zmieniającej uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych w roku 2014 i 2015 ostatecznie przyjęto, że podpisanie umów na realizację zadania miało nastąpić do dnia 30 października 2015 r.

informacji w ochronie zdrowia¹⁰⁵, Minister Zdrowia został upoważniony do tworzenia rejestrów medycznych, po uprzedniej analizie zasadności ich funkcjonowania, w drodze rozporządzenia. Co prawda powyższy przepis w zakresie, w jakim przewiduje określenie przedmiotu rejestrów medycznych przez ministra w drodze rozporządzenia, uznany został za niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji¹⁰⁶, niemniej z chwilą wejścia w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁷, wskazane przez Trybunał Konstytucyjny ograniczenia w stosowaniu ustawy zostały usunięte. Do czasu zakończenia kontroli Minister nie utworzył, w drodze rozporządzenia, wspomnianego rejestru. NIK nie wnosi uwag do celowości prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca, lecz zwraca uwagę na konieczność dostosowania statusu tego Rejestru do wymogów ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁸, obowiązującej od 12 grudnia 2015 r.

W latach 2012–2014 na funkcjonowanie Krajowego Rejestru Raka Płuc wydatkowano środki w wysokości 1.203.570,06 zł.

W ramach środków przyznanych na zadanie „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w ramach NPZChN, realizowano „Program badań wczesnego wykrywania raka płuca” z wykorzystaniem CT”.

W trakcie kontroli Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło dokumentu opisującego „Program badań wczesnego wykrywania raka płuca”¹⁰⁹, do opracowania którego zobowiązywały przepisy zarządzeń Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych¹¹⁰.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej wyjaśnił, iż „Program badań wczesnego wykrywania raka płuca” z wykorzystaniem CT”, realizowany jest od 2009 r. jako element zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, a nie odrębne zadanie i na skutek zmian kadrowych nie jest możliwe odnalezienie dokumentacji, na podstawie której badania zostały włączone do zadania. Ponadto, zarządzenia Ministra Zdrowia obowiązują od 2009 r., tj. po opracowaniu w 2005 r. i wdrożeniu w 2006 r. wspomnianego zadania w ramach NPZChN.

Z ustaleń kontroli NIK wynika jednakże, że dopiero w 2010 r., po raz pierwszy, w „Zestawieniu planowanych zadań NPZChN”, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia, ujęto badania przesiewowe raka płuca z wykorzystaniem CT w ramach zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Natomiast w roku 2009 wykonano jedynie 80 pilotażowych badań poprzedzających wprowadzenie programu.

¹⁰⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 636.

¹⁰⁶ Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. akt K 33/13.

¹⁰⁷ Dz. U. poz. 1991 ze zm. Przepisy ustawy obowiązują od 12 grudnia 2015 r.

¹⁰⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1991.

¹⁰⁹ W tym nie określono celu ogólnego i celów szczegółowych programu, wskaźników monitorowania oczekiwanych efektów oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców badań przesiewowych i wyboru regionów kraju, w których będzie realizowany program, kryteriów wyboru realizatorów badań (warunków wymaganych od świadczeniodawców, w stosunku do personelu medycznego, wyposażenia, w sprzęt i aparaturę medyczną).

¹¹⁰ Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 32 i z 2014 r. poz. 84.

Niektóre kryteria kwalifikacji osób do udziału w programie badań przesiewowych zaproponował Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w ofertach konkursowych na wybór koordynatora zadania. Według Instytutu badania przesiewowe miały być wykonywane osobom w wieku od 55 do 75 lat, w powiatach o niskim wskaźniku operacyjności raka płuc (poniżej 10%).

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej zaakceptował sprawozdania złożone przez Instytut i zatwierdził przedstawione rozliczenia finansowe m.in. z realizacji programu badań przesiewowych raka płuca na łączną kwotę 3.197,4 tys. zł, z tego za 2012 r. – 1.139,7 tys. zł, za 2013 r. – 1.044,9 tys. zł, za 2014 r. – 1.013,3 tys. zł.

Departament Polityki Zdrowotnej nie wymagał przedstawienia w sprawozdaniach merytorycznych danych dotyczących: wytypowanych powiatów, w których badania zostały wykonane, wskaźnika operacyjności raka płuca i kryteriów wyboru świadczeniodawców. Wymieniono jedynie nazwy podmiotów leczniczych i liczbę wykonanych badań w danym roku. W sprawozdaniu za 2012 r. podano m.in., że Centrum Medyczne Enel-Med wykonało 52 badania przesiewowe, nie wymieniając nawet adresu tej jednostki. W sprawozdaniu za 2014 r. podano, iż 2.256 badań przesiewowych (58,0% ogółu) wykonały 3 podmioty lecznicze z siedzibą w Warszawie, nie podając w których powiatach badania te zostały wykonane.

W okresie 2012–2014 wykonano łącznie 12.430 badań przesiewowych, średniorocznie ok. 4.143 badań, co stanowiło 0,09% osób z tzw. grupy ryzyka, tj. 4,5 mln nałogowych palaczy palących tytoń dłużej niż 20 lat.

NIK negatywnie ocenia rzetelność opracowanego i przyjętego do realizacji programu badań przesiewowych raka płuca oraz niską dostępność do tych badań.

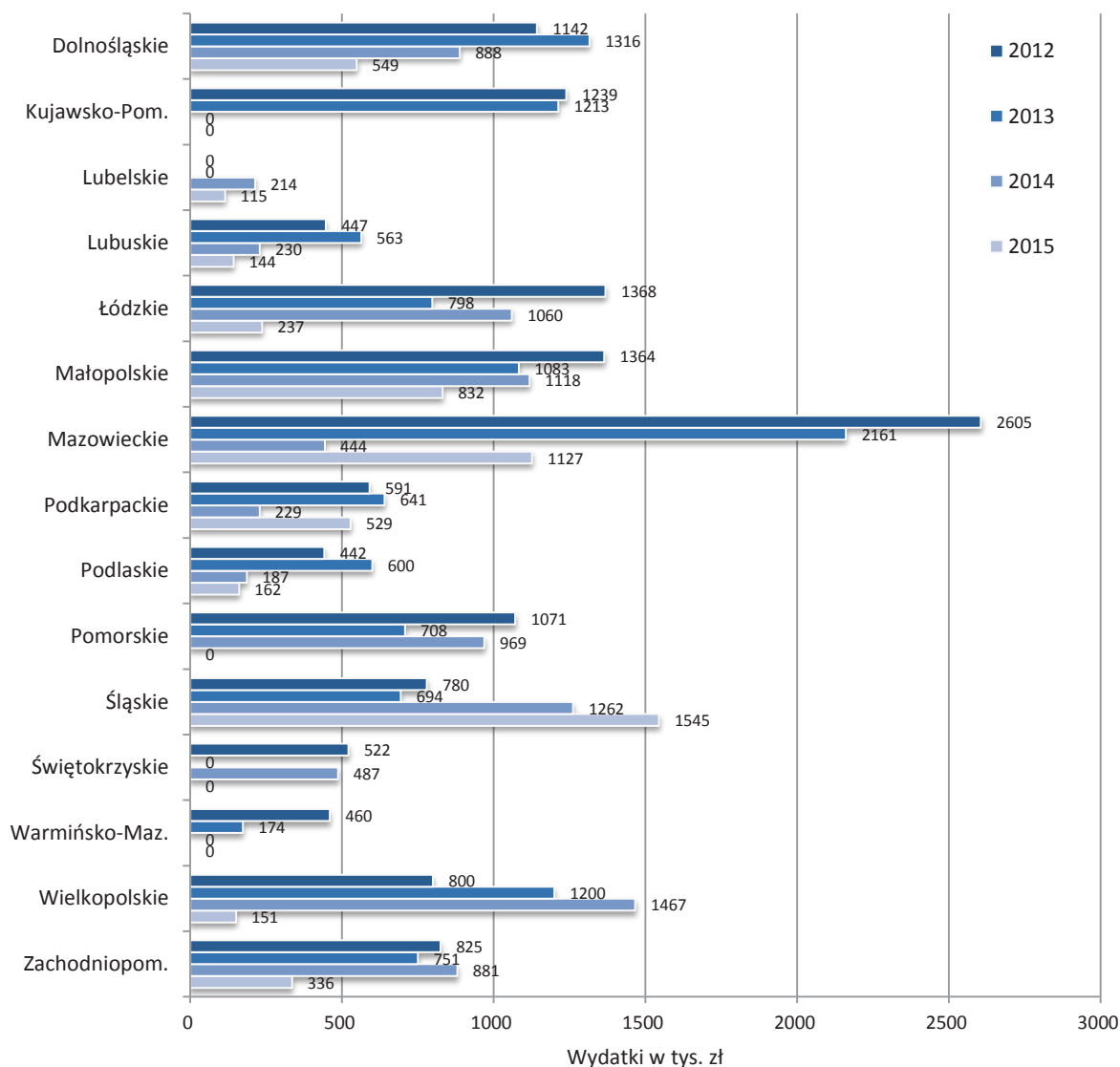
W 2012 r. i w 2014 r. w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc odbyło się łącznie 8 szkoleń dla 90 lekarzy rodzinnych z powiatów o niskiej wykrywalności raka płuca oraz przeprowadzono szkolenia dwutygodniowe dla 16 pulmonologów i anestezjologów z ośrodków rejonowych. W latach 2012–2014, w ramach NPZChN, w Instytucie przeszkolono łącznie 180 lekarzy (po 30 lekarzy na 6 spotkaniach zorganizowanych przez Klinikę Chirurgii).

W latach 2012–2015 Ministerstwo Zdrowia wydatkowało na zakup sprzętu i aparatury medycznej w ramach zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” łącznie 40.717,1 tys. zł.

Zrealizowane wydatki z budżetu państwa na doposażenie i modernizację klinik torakochirurgii w podziale na województwa, w poszczególnych latach 2012–2015 (w tys. zł) przedstawia rysunek 6.

Rysunek nr 6

Zrealizowane wydatki z budżetu państwa¹¹¹ na zakup doposażenia i modernizację klinik torakochirurgii, w podziale na województwa, w latach 2012–2015 (w tys. zł)



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

W 2012 r. Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej¹¹² zawarł z 19 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Umowy podpisano na łączną kwotę 13.945,4 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 13.656,3 tys. zł, tj. 97,9%. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: mazowieckiego (2.604,77 tys. zł) oraz łódzkiego i małopolskiego (1.367,90 tys. zł i 1.364,19 tys. zł), a najniższe województw: podlaskiego (442 tys. zł) oraz warmińsko – mazurskiego (459,96 tys. zł).

¹¹¹ W pozostałych województwach nie realizowano zakupu aparatury medycznej w ramach tego zadania NPZChN.

¹¹² Z upoważnienia Ministra Zdrowia.

W 2013 r. Minister Zdrowia zawarł z 19 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach ww. zadania. Umowy podpisano na łączną kwotę 13.546,6 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 11.900,0 tys. zł, tj. 87,8% planu po zmianach. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: mazowieckiego (2.160,6 tys. zł), a najniższe województw: warmińsko – mazurskiego (173,74 tys. zł) oraz lubuskiego (563,40 tys. zł).

W 2014 r. Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej¹¹³ zawarła umowy z 15 podmiotami leczniczymi wybranymi w trybie konkursu ofert, na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury na łączną kwotę 10.006,7 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 9.434,2 tys. zł, tj. 94,3%. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: wielkopolskiego (1.466,55 tys. zł) oraz śląskiego (1.261,51 tys. zł), a najniższe województw: podlaskiego (186,70 tys. zł) oraz lubelskiego (213,84 tys. zł)¹¹⁴.

Umowy o dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury medycznej zawierano dopiero w IV kwartale 2014 r., podczas, gdy termin wynikający z harmonogramu zadań NPZChN, ustalono pierwotnie na II i III kwartał. Wniosek do Ministra Zdrowia o zatwierdzenie propozycji wyboru realizatorów zadania w trybie konkursu ofert oraz rozdysponowanie środków złożono w dniu 24 września 2014 r. Wniosek o zatwierdzenie realizatorów zadania został podpisany przez Ministra Zdrowia tego samego dnia, a umowy zawarto w dniu 30 października 2014 r.

Opóźnienie postępowania konkursowego spowodowało, że dwa podmioty lecznicze odmówiły podpisania umów, a pozostałym realizatorom skrócono termin realizacji zakupu sprzętu medycznego¹¹⁵ z zastosowaniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹¹⁶. Późne zawieranie umów utrudniło zleceniobiorcom efektywną realizację zadań i spowodowało niewykorzystanie planowanych środków na ten cel.

W dniu 30 marca 2015 r. Minister Zdrowia zawarł z 17 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach zadania jak wyżej. Umowy podpisano na łączną kwotę 8 574,0 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono¹¹⁷ 5 726,6 tys. zł, tj. 66,8%. Najwyższe środki finansowe wykorzystano w województwie śląskim (1544,9 tys. zł), najniższe zaś w lubelskim (115,4 tys. zł). Według stanu na 15 października 2015 r. nie wykorzystano środków w województwie pomorskim (Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o. – kwota 612,3 tys. zł) oraz świętokrzyskim (Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ – kwota 256,5 tys. zł).

Szczegółową analizą objęto siedem¹¹⁸ (21,9%) losowo wybranych umów o łącznej wartości 2.456.977,23 zł (spośród 32 zawartych w latach 2014–2015). Nie stwierdzono nieprawidłowości w zawartych umowach oraz rozliczeniach finansowych z zakupów sprzętu.

¹¹³ Z upoważnienia Ministra Zdrowia. W dniu 13 czerwca 2014 r. MZ ogłosiło konkurs na wybór realizatorów NPZChN pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” – zakup sprzętu i aparatury medycznej w latach 2014–2015.

¹¹⁴ Ponadto, w 2014 r. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie z NPZChN otrzymał środki na zakup tomografu komputerowego (w ramach zadania – zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów) w wysokości 3.079,8 tys. zł.

¹¹⁵ Do dwóch miesięcy.

¹¹⁶ Dz. U z 2015 r. poz. 2164.

¹¹⁷ Według stanu na 15 października 2015 r.

¹¹⁸ Umowy nr 1/11/10/2014/1886/1208 i nr 1/11/9/2015/1886/291 zawarte z Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie, umowa nr 1/11/4/2014/58/1202 i zawarta z SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi-Centralny Szpital Weteranów, umowy nr 1/11/13/2015/44/295 i nr 1/11/6/2014/44/1204 zawarte z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II, umowa nr 1/11/3/2014/134/1201 zawarta z Szpitalem Wojewódzkim SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, umowa nr 1/11/18/2014/119/1216 zawarta z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007–2013, Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, realizowane były przedsięwzięcia polegające na przebudowie, rozbudowie i remoncie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Większość zgłoszonych do dofinansowania projektów obejmowało zarówno prace budowlane, jak i zakup aparatury medycznej.

W ramach tego zadania wyremontowanych, przebudowanych lub doposażonych zostało ponad 50 podmiotów leczniczych o charakterze ponadregionalnym (szpitale kliniczne, instytuty badawcze) za kwotę 1.264,9 mln zł, z czego 997,3 mln zł ze środków UE. Spośród ww. podmiotów cztery prowadziły leczenie chorób układu oddechowego. Wartość dofinansowania tych podmiotów wyniosła 259,6 mln zł, w tym dofinansowanie ze środków UE – 220,7 mln zł.

3.2.4. Działania Ministra Zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinach związanych z leczeniem chorób układu oddechowego

W latach 2012–2015 Minister Zdrowia ustalał potrzeby kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyków, w poszczególnych dziedzinach medycyny, na podstawie opinii konsultantów krajowych, potrzeb zgłoszonych przez wojewodów oraz analiz dotyczących liczby lekarzy wykonujących ten zawód, opublikowanych przez Naczelną Radę Lekarską. Przy określaniu liczby etatów rezydenckich uwzględniano dziedziny uznane za priorytetowe. Wśród 16 specjalizacji priorytetowych nie ujęto specjalizacji w dziedzinie chorób płuc. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc nie wnioskował, w latach 2012–2013, o przydział miejsc rezydenckich na odbywanie specjalizacji w tej dziedzinie uważając, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie chorób układu oddechowego, w okresie pięcioletnim, pozostawać będzie na niezmiennym poziomie. W 2014 r., w opinii nowego Krajowego Konsultanta, sytuacja kadrowa w pulmonologii była trudna, gdyż coraz więcej lekarzy pulmonologów osiągało lub było blisko wieku emerytalnego. Według Konsultanta, ze względu na niskie finansowanie procedur, specjaliści chorób płuc zarabiają mniej niż inni specjaliści i wielu z nich nie pracuje w swojej dziedzinie (część w oddziałach wewnętrznych, a pozostali w publicznych i niepublicznych placówkach lecznictwa otwartego, np. jako lekarze rodzinni).

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej¹¹⁹, na koniec 2012 r. zarejestrowano 2.685 lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc, wykonujących zawód, z tego w wieku do 35 lat nie było żadnego specjalisty, od 35–44 lat – 290 osób (10,8%), 45–54 lat – 1.141 osób (42,5%), 55–64 lat – 823 osoby (30,7%), powyżej 64 lat – 431 osób (16,1%). Na koniec 2014 r. odnotowano zmniejszenie się liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45–54 lat o 160 osób (o 14,0%), natomiast zwiększyła się liczba lekarzy w wieku od 55 do 64 lat o 199 osób (o 24,2%) oraz w wieku powyżej 64 lat o 23 osoby (o 5,3%).

Postępowanie kwalifikacyjne lekarzy na szkolenia specjalizacyjne przeprowadza wojewoda dwa razy w roku w terminach: od 1 marca do 31 marca i od 1 października do 31 października. Przed terminem postępowania kwalifikacyjnego Minister Zdrowia ogłaszał na stronie internetowej liczbę przyznanych miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach medycyny, w rozbiciu na poszczególne województwa.

¹¹⁹ Informacja zasięgnięta w Naczelnej Izbie Lekarskiej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

W latach 2012–2013 liczba wolnych miejsc w podmiotach leczniczych, uprawnionych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy w dziedzinie chorób płuc, wynosiła łącznie 280 w obu terminach. Wojewodowie nie wnioskowali o przydział miejsc rezydenckich. W 2014 r. liczba wolnych miejsc w drugim terminie na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc wynosiła 118. Wojewodowie wnioskowali o 48 miejsc rezydenckich, a Ministerstwo przyznało ich 14 (29,2% zapotrzebowania). W 2015 r. (I półrocze) liczba wolnych miejsc w podmiotach leczniczych uprawnionych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy w dziedzinie chorób płuc wynosiła 124 w pierwszym terminie. Wojewodowie wnioskowali o 48 miejsc, nie przyznano żadnego miejsca rezydenckiego. W związku z wejściem w życie modułowego systemu specjalizacji, postępowanie kwalifikacyjne zostało przeprowadzone w terminie 1–31 października 2014 r. Szkolenie specjalizacyjne można było rozpocząć w 10 nowych specjalizacjach, w tym w dziedzinie choroby płuc dzieci. W 2014 r. liczba wolnych miejsc na szkolenie specjalizacyjne choroby płuc dzieci wynosiła 96 w drugim terminie. Wojewodowie wnioskowali o 45 miejsc rezydenckich, przyznano ich 25, tj. 55,6%. W 2015 r. (I półrocze) liczba wolnych miejsc na szkolenie specjalizacyjne choroby płuc dzieci wyniosła 55 w pierwszym terminie. Wojewodowie wnioskowali o 27 miejsc, wszystkie zostały przyznane.

NIK zwraca uwagę na rosnącą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku zbliżającym się do emerytalnego, co może w niedalekiej przyszłości ograniczyć dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób płuc.

3.3 Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne w zakresie chorób układu oddechowego

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem¹²⁰.

W rozporządzeniu z dnia 6 maja 2008 r. Minister Zdrowia określił ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹²¹. Dodatkowe uregulowania dotyczące warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, programy zdrowotne, zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹²², z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹²³, z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹²⁴ oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w tych rodzajach świadczeń¹²⁵.

¹²⁰ Art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).

¹²¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484. Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, ze zm.).

¹²² Dz. U. z 2016 r. poz. 357.

¹²³ Dz. U. poz. 1520, ze zm.

¹²⁴ Dz. U. poz. 1505, ze zm.

¹²⁵ Paragraf 7 i § 8 zarządzeń Prezesa NFZ: Nr 82/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r.; Nr 71/2012/DSOZ z dnia 7 listopada 2012 r.; Nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (AOS) oraz w szpitalach są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹²⁶ zostały wymienione dane, jakie na liście oczekujących są gromadzone.

Kontrolą objęto 17 podmiotów leczniczych z terenu ośmiu województw: lubelskiego (3), łódzkiego (3), kujawsko – pomorskiego (1), mazowieckiego (2)¹²⁷, podlaskiego (1), podkarpackiego (1), świętokrzyskiego (3), warmińsko-mazurskiego (3), udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne w zakresie chorób układu oddechowego. W ośmiu podmiotach leczniczych NIK skontrolowała udzielanie świadczeń zarówno w rodzaju AOS, jak i leczenia szpitalnego¹²⁸, w czterech tylko w rodzaju AOS¹²⁹ oraz w pięciu tylko w rodzaju leczenia szpitalnego¹³⁰.

3.3.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii

NIK skontrolowała łącznie 12 podmiotów leczniczych, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS o łącznej wartości 102.733,8 tys. zł. W badanym okresie, wykonano świadczenia na kwotę 103.421 tys. zł, co stanowiło 100,7% wartości zakontraktowanej, w tym świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc – 27.903,6 tys. zł (99,4% wartości zakontraktowanej – 28.072,4 tys. zł) i świadczenia w zakresie onkologii – 2.590,1 tys. zł (99,8% wartości zakontraktowanej – 2.594,5 tys. zł).

Dane dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS przez badane podmioty lecznicze zawiera załącznik nr 4 do informacji.

¹²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.

¹²⁷ Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku i Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

¹²⁸ Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Specjalistyczny Szpital Gruźlicy i Chorób Płuc – Oddział Leczenia Gruźlicy w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie.

¹²⁹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach (świadczenia AOS realizowano w dwóch miejscach: w Poradni Pulmonologicznej dla Dorosłych i Dzieci oraz w Poradni Przeciwgruźliczej), Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim (Przychodnia Przyszpitalna z Poradnią Gruźlicy i Chorób Płuc), Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach (Poradnie specjalistyczne: Gruźlicy i Chorób Płuc, Onkologiczna), Szpital Powiatowy w Iławie (Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc).

¹³⁰ Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (Oddział Pulmonologii i Oddział Chorób Zakaźnych), Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie (Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii oraz Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej), Szpital Wojewódzki im. Prymasa Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu (Oddział Gruźlicy Płuc i Chorób Płuc i Oddział Chirurgiczny w zakresie leczenia nowotworów układu oddechowego), Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim (Oddział Pulmonologii), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach (Oddział Chorób Płuc).

NIK ocenia działalność 6 podmiotów leczniczych pozytywnie¹³¹ i 6 pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹³².

Zgodnie z § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS¹³³, zobowiązany jest, na dzień złożenia oferty oraz przez cały okres obowiązywania umowy, spełniać wymagania dotyczące zasobów służących wykonywaniu tych świadczeń specjalistycznych.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń specjalistycznych¹³⁴ w zakresie gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych i dla dzieci), zobowiązane były do zapewnienia personelu lekarskiego o wymaganych kwalifikacjach i wyposażenia poradni w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, RTG¹³⁵.

W ośmiu podmiotach z 12 objętych kontrolą (66,7%) zasoby będące w dyspozycji poradni gruźlicy i chorób płuc oraz onkologicznej, w tym personel lekarski, sprzęt i aparatura medyczna, były zgodne z wymaganiami określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna NFZ oraz z umową podpisaną z NFZ.

Cztery podmioty lecznicze¹³⁶ (33,3%) wykazały nierzetelne dane dotyczące wykorzystywanych zasobów do realizacji świadczeń AOS w ramach umów podpisanych z NFZ, w tym: jeden podmiot¹³⁷ zarówno w zakresie zatrudnienia personelu medycznego, jak i wyposażenia w aparaturę medyczną (8,3%).

¹³¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Chęcinach, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, Powiatowy Szpital w Iławie, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Ostrołęce, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

¹³² Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie.

¹³³ Zarządzenie Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; poprzednio: zarządzenie Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i Zarządzenie Nr 100/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

¹³⁴ Zgodnie z art. 5, pkt 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, użyte w ustawie określenia świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

¹³⁵ Poz. 26 i 27 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

¹³⁶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

¹³⁷ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach.

- **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach** (dalej „SPZOZ”)¹³⁸ nie aktualizował na bieżąco danych o sprzęcie wykorzystywanym przez Poradnię Pulmonologiczną do realizacji świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc i nie przekazał do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (dalej „LOW NFZ”) informacji o zmianie tego sprzętu, co było niezgodne z § 2 pkt 9 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązującym świadczeniodawcę do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym. SPZOZ wykazywał w załącznikach nr 2 pn. „Harmonogram – zasoby” do umów podpisanych na lata 2012–2015 spirometr z 1998 r., podczas, gdy badania diagnostyczne były wykonywane z wykorzystaniem spirometru zakupionego w lutym 2010 r.¹³⁹. Zmiana spirometru do LOW NFZ została zgłoszona dopiero w trakcie kontroli NIK, tj. 8 grudnia 2015 r.
- **Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** wykazał w załączniku „Harmonogram – zasoby” do umowy na AOS, na 2015 r. 21 urządzeń, z których dwa zostały wyłączone z użytkowania odpowiednio w lutym 2011 r. i sierpniu 2014 r. Zgłoszenie do NFZ sprzętu wyłączanego z eksploatacji wynikało z nieprzekazania przez Dział Obsługi Szpitala informacji o wymianie tego sprzętu.
- W latach 2012–2015, w **Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi**¹⁴⁰, rzeczywisty czas pracy dwóch poradni (Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych i Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci) był krótszy od przedstawionego w ofertach i w umowach o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc. Pierwsza z tych Poradni świadczyła usługi zdrowotne w liczbie 40 godzin i 20 minut tygodniowo, natomiast druga w liczbie 42 godziny i 45 minut, podczas, gdy Poradnie te, zgodnie z ofertami złożonymi do NFZ w latach 2011–2012 zobowiązały się do udzielania świadczeń w wymiarze powyżej 48 godzin tygodniowo.

Ponadto, w aneksie do umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS na 2015 r., w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, błędnie wykazano: aparat RTG¹⁴¹, 3 bronchofiberoskopy i aparat USG „poza lokalizacją”, pomimo że sprzęt ten znajdował się w lokalizacji, tj. w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci. Dyrektor Zespołu wyjaśniła, że nie jest w stanie wytłumaczyć, dlaczego wg aneksu wymienione sprzęty uzyskały status „poza lokalizacją”, natomiast odnośnie aparatu RTG stwierdziła, że w Systemie Obsługi Potencjału dla Poradni udostępniono dwa aparaty RTG z Pracowni znajdującej się w tej samej lokalizacji.

W okresie objętym kontrolą liczba lekarzy udzielających świadczeń w poradniach specjalistycznych gruźlicy i chorób płuc¹⁴² oraz onkologii wzrosła z 89 lekarzy na koniec 2012 r. do 105 lekarzy na koniec czerwca 2015 r., tj. o 18%.

Wśród lekarzy udzielających świadczeń AOS, specjaliści w dziedzinie chorób płuc (dla dorosłych)¹⁴³ stanowili od 88,8% w 2012 r. do 87,6% na koniec czerwca 2015 r.¹⁴⁴. W porównaniu do stanu na koniec grudnia 2012 r., na dzień 30 czerwca 2015 r. odnotowano zmniejszenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45–54 lat o 22% i zwiększenie liczby tych specjalistów w wieku 55–64 lat o 60,1%. Wśród lekarzy specjalistów nie było ani jednej osoby poniżej 35 roku życia, natomiast liczba lekarzy w wieku powyżej 64 roku życia wzrosła z 4 osób na koniec 2012 r. do 6 osób na koniec czerwca 2015 r.

Wśród lekarzy udzielających świadczeń AOS, specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci stanowili od 3,8% na koniec 2012 r. do 5,4% na koniec czerwca 2015 r.

¹³⁸ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach realizował świadczenia w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc w dwóch miejscach: w Poradni Pulmonologicznej dla Dorosłych i Dzieci w Przychodni Specjalistycznej Przychodni przy ul. Józefa Bema 1 w Puławach (dalej „Poradnia Pulmonologiczna”) oraz Poradni Przeciwgruźliczej w Przychodni Specjalistycznej przy ul. Centralnej 16 w Puławach.

¹³⁹ Spirometr przyjęto na stan 22 lutego 2010 r.

¹⁴⁰ Kontrolą objęto: Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dorosłych oraz Poradnię Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci.

¹⁴¹ Zgodnie z pkt 27 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, świadczeniodawca realizując świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc dla dzieci winien zapewnić dostęp do badań RTG.

¹⁴² Dla dorosłych.

¹⁴³ W tym posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób płuc.

¹⁴⁴ W latach 2013–2014 lekarze ze specjalizacją w dziedzinie chorób płuc (dla dorosłych) stanowili odpowiednio 85,7% i 85,3%.

- W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku** średni wiek lekarzy zatrudnionych w kontrolowanych poradniach wynosił w 2012 r. ponad 64 lata, a w 2015 r. ponad 67 lat, co w ocenie NIK może w niedalekiej przyszłości utrudnić funkcjonowanie poradni.
- W **Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy**, w latach 2012–2015, w poradni o profilu gruźlicy i chorób płuc kadre stanowiili głównie specjaliści z dziedziny chorób płuc, a ich udział w ogólnej liczbie lekarzy stanowił od 75,0% (na koniec 2013 r.) do 90,9% (na koniec I półrocza 2015 r.). Wśród personelu lekarskiego udzielającego świadczeń w poradniach gruźlicy i chorób płuc przeważały osoby w wieku od 45 do 54 lat. Ich odsetek w ogólnej liczbie lekarzy pracujących w poradniach spadł jednak w kontrolowanym okresie, z 75% (na koniec 2012 r.) do 50% (na koniec czerwca 2015 r.). Jednocześnie o ponad 30 punktów procentowych wzrósł odsetek lekarzy w wieku od 55 do 64 lat. Podobnie prezentowała się struktura wiekowa wśród specjalistów z dziedziny chorób płuc zatrudnionych w poradniach chorób płuc. Według stanu na dzień 30 czerwca 2015 r. personel lekarski obu poradni stanowiło trzech specjalistów z tej dziedziny w wieku od 35 do 44 lat, 10 specjalistów w wieku od 45 do 54 lat, siedmiu specjalistów w wieku od 55 do 64 lat. W stosunku do roku 2012, w istotnym stopniu, tj. o 28,8 punktów procentowych, wzrósł odsetek specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 55 do 64 lat.

W dwóch podmiotach leczniczych¹⁴⁵ (16,7%), z powodu niezapewnienia odpowiedniej liczby personelu lekarskiego o wymaganych kwalifikacjach, świadczeń udzielano niezgodnie z harmonogramem pracy, tj. w czasie krótszym niż przedstawiono w ofertach i umowach z NFZ lub zaprzestano ich udzielania, co skutkowało wzrostem liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia. O zmianach w harmonogramie pracy lub zaistnieniu zdarzeń uniemożliwiających udzielanie świadczeń AOS, świadczeniodawcy informowali NFZ z dwumiesięcznym opóźnieniem, tj. niezgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”), stanowiącym, że zmiany w harmonogramie dotyczące osób wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

- **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach**, dalej „SPZOZ”, nie zapewnił wymaganego personelu lekarskiego w **Poradniach: Onkologicznej i Przeciwgruźliczej**, nie realizował świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy oraz nieterminowo zgłaszał do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (LOW NFZ) zmiany dotyczące potencjału wykonawczego. Wśród trzech lekarzy udzielających świadczeń w Poradni Onkologicznej, w latach 2014–2015, wykazano specjalistę w zakresie radioterapii onkologicznej, który zaprzestał ich udzielania od 1 października 2014 r., a aktualizacji danych dotyczących personelu medycznego dokonano z sześciomiesięcznym opóźnieniem, tj. 8 kwietnia 2015 r. Z powodu braku odpowiedniej liczby specjalistów, w Poradni Onkologicznej nie udzielano świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy, tj. w każdą środę przez pięć godzin w okresie od 1 października 2014 r. do 28 lutego 2015 r., co okresowo ograniczało pacjentom dostęp do tych świadczeń. Przyczyną nieaktualizowania danych o potencjale wykonawczym było zagrożenie rozwiązania umowy przez LOW NFZ. **Poradnia Przeciwgruźlicza** w SPZOZ, zaprzestała udzielania świadczeń w IV kwartale 2015 r. z powodu braku odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów. Od 2014 r. świadczenia były wykonywane przez dwóch lekarzy zatrudnionych na 0,22 etatu¹⁴⁶. W związku z nieplanowaną przerwą w wykonywaniu pracy przez jednego z tych lekarzy, od 6 października 2015 r. podjęto decyzję o nieudzielaniu świadczeń przez tę Poradnię. SPZOZ z dwumiesięcznym opóźnieniem, tj. 30 listopada 2015 r., powiadomił LOW NFZ o zaprzestaniu udzielania świadczeń w Poradni Przeciwgruźliczej, czym naruszył § 9 ust. 5 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, stanowiący, że w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach. W dniu 4 grudnia 2015 r. LOW NFZ wyraził zgodę na przerwę w udzielaniu świadczeń do 31 grudnia 2015 r.

¹⁴⁵ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach.

¹⁴⁶ W dwóch Poradniach pracowało łącznie trzech lekarzy zatrudnionych na 0,45 etatu (28 godzin w tygodniu). W Poradni Przeciwgruźliczej pracowało dwóch lekarzy (14 godzin w tygodniu).

Ponadto, **Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy**, z naruszeniem terminu wynikającego z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, w lipcu 2015 r. dokonało zgłoszenia Kujawsko-Pomorskiemu Oddziałowi NFZ zaprzestania w marcu 2015 r. udzielania świadczeń w rodzaju AOS przy udziale jednego specjalisty w dziedzinie chorób płuc dzieci. Jednocześnie Centrum nie dopełniło obowiązków wynikających z § 2 pkt 9 umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS zawartej z NFZ.

W poradniach objętych kontrolą (dla dorosłych i dla dzieci) leczono:

- 158.319 pacjentów w 2012 r., w tym 2.266 z gruźlicą płuc (1,4% leczonych), 16.531 z POChP (10,4% leczonych),
 - 164.427 pacjentów w 2013 r., w tym 2.105 z gruźlicą płuc (1,3% leczonych), 15.503 z POChP (9,4% leczonych),
 - 169.288 pacjentów w 2014 r., w tym 1.964 z gruźlicą płuc (1,2% leczonych), 13.897 z POChP (8,2% leczonych),
 - 113.866 pacjentów w 2015 r. (stan na 30 czerwca 2015 r.), w tym 1.250 z gruźlicą płuc (1,1% leczonych), 9.064 z POChP (8% leczonych).
- *W Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, od 2014 r. odnotowano przyrost udzielanych porad specjalistycznych: w 2012 r. – 7.934, w 2013 r. – 8.262, w 2014 r. – 9.140, a w I półroczu 2015 r. już 5.265 porad. Jak wyjaśnił Dyrektor Centrum, większa liczba porad wiązała się ze znacznym napływem chorych na przewlekłe choroby płuc¹⁴⁷ i ordynacją leków refundowanych ze zlecaniem, których lekarze POZ mają problemy przy kontrolach NFZ¹⁴⁸. Ponadto, na zwiększenie liczby pacjentów miała wpływ również dostępność do badań kosztownych w AOS¹⁴⁹ oraz wykrywanie większej liczby nieprawidłowości granicznych, wątpliwych, gdzie konieczna jest konsultacja specjalistyczna..*

Z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu płuca, w siedmiu podmiotach leczniczych¹⁵⁰ leczono ambulatoryjnie: 4.147 pacjentów w 2012 r., 5.733 w 2013 r., 4.793 w 2014 r. i 3.130 w I połowie 2015 r.

- *W latach 2012–2015 (I półrocze) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie z powodu nowotworu złośliwego płuc leczono ambulatoryjnie 7.634 pacjentów, w tym: 3.309 kobiet i 4.325 mężczyzn. Liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie na nowotwór płuca wzrosła z 1.986 w 2012 r. do 2.022 w 2014 r., tj. o 1,8%. W I półroczu 2015 r. liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie na nowotwór płuca wyniosła 1.614 pacjentów, w tym 741 kobiet i 873 mężczyzn. Udział kobiet z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych ambulatoryjnie na nowotwory złośliwe, wynosił: 40,5% w 2012 r., 43,2% w 2013 r., 44,2% w 2014 r. i 45,9% w I połowie 2015 r.*

NIK skontrolowała trzy podmioty lecznicze¹⁵¹, w których funkcjonowały poradnie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci. Wszystkie poradnie spełniały określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia wymogi dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny oraz kwalifikacji personelu medycznego. W poradniach gruźlicy i chorób płuc dla dzieci leczono łącznie 64 osoby na gruźlicę płuc¹⁵² i 3.658 osób na POChP¹⁵³.

¹⁴⁷ Astma, POChP, sarkoidoza.

¹⁴⁸ Wymagane badania dodatkowe.

¹⁴⁹ Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania mikrobiologiczne, genetyczne, PCR, mechanika oddychania, PET.

¹⁵⁰ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach.

¹⁵¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie.

¹⁵² W tym: 23 osób w 2012 r., 16 w 2013 r., 23 w 2014 r., 2 w I połowie 2015 r.

¹⁵³ W tym: 988 osób w 2012 r., 1.416 osób w 2013 r., 721 w 2014 r., 533 osób w I połowie 2015 r.

W poradniach onkologicznych objętych kontrolą nie leczono dzieci.

Tylko w dwóch kontrolowanych podmiotach leczniczych¹⁵⁴ funkcjonowała poradnia antynikotynowa w sytuacji, gdy w Polsce 70–80% osób palących deklaruje rzucenie palenia tytoniu i oczekuje pomocy w leczeniu od tego uzależnienia, a „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP”, finansowany przez NFZ nie jest adresowany do każdego palacza.

- W **Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii**, w ramach Centrum Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc i Niewydolności Oddychania, w latach 1999–2014, funkcjonowała Poradnia antynikotynowa, która finansowana była z Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, środków z budżetu Miasta Bydgoszczy oraz środków finansowych NFZ, w ramach Programu Wczesnego Wykrywania POChP, a później Programu Chorób Odtytoniowych, w tym POChP. Jednak niska wycena tego Programu przez NFZ nie pozwoliła na podpisanie kontraktu w kolejnych latach. Obecnie poradnictwo antynikotynowe prowadzone jest w ramach poradny pulmonologicznej, jako jej element, ale nie zawiera diagnostyki i terapii prowadzonej przez psychologa. Kolejnym utrudnieniem jest brak refundacji drogich leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu.

Zgodnie z art. 38 ust. 1 pkt 1–2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w celu zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych oraz świadczeń zdrowotnych związanych przyczynowo z tymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, udzielonych ubezpieczonym – są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Leki przeciwpłatkowe używane w leczeniu gruźlicy, w tym również gruźlicy wielolekoopornej, są wydawane pacjentom bezpłatnie.

Kontrola wykazała, że jeden z leków – Isoniazyd (INH, Isoniazidum), nie jest wymieniony na liście refundacyjnej w postaci samodzielnej, a jedynie jako produkt złożony w skojarzeniu z Ryfampicyną, jako składnik produktu Rifamazid. Gdy ze względu na nietolerację rymfampicyny, Rifamazid nie może być stosowany, konieczne jest wtedy stosowanie Isoniazydu w samodzielnej postaci (jako produkt Nidrazid), który jest dostępny tylko w imporcie docelowym. Wiąże się to jednak z ponoszeniem częściowej odpłatności przez pacjenta i z tego względu pacjenci mogą nie kupować tego leku, co może prowadzić do wznowy gruźlicy.

W dwóch podmiotach leczniczych¹⁵⁵ medyczne laboratoria diagnostyczne wykazywały odstępstwa od wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne¹⁵⁶.

- W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku**, w Laboratorium Mikrobiologicznym – Pracowni Prątku Gruźlicy, nie został wydzielony punkt przyjęcia materiału do badań, co było niezgodne z § 4 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne. Nie było również wydzielonego pomieszczenia szatni, o którym mowa w § 4 ust. 4 tego rozporządzenia. Zgodnie z decyzją Powiatowego Inspektora Sanitarnego budynek Poradni Prątku Gruźlicy powinien zostać dostosowany do końca 2016 r. Centrum zamierza przenieść Pracownię Prątku Gruźlicy do Pracowni Mikrobiologicznej, gdzie w 2015 r. wyremontowano szatnię, a część budynku obecnej Pracowni Prątku Gruźlicy zostanie, w I połowie 2016 r., przebudowana na punkt przyjęć materiału.

¹⁵⁴ W Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie.

¹⁵⁵ W Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku oraz w Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie nie zapewniono bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, w tym nie wyodrębniono pomieszczenia głównego, w którym powinno się utworzyć punkt odbioru i punkt rozdziału materiału do badań.

¹⁵⁶ Dz. U. Nr 43, poz. 408 ze zm.

Dostępność i prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju AOS w zakresie chorób układu oddechowego

Zgodnie z art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁵⁷. Sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej¹⁵⁸. Świadczenia są udzielane według kolejności zgłoszenia, a jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia, chorych wpisuje się na listę oczekujących, z rozróżnieniem „przypadek stabilny”¹⁵⁹ i „przypadek pilny”¹⁶⁰.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego¹⁶¹. Zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, skierowanie nie jest wymagane m.in. dla osób chorych na gruźlicę i nowotwory. Obowiązek przyjmowania bez skierowania chorych na gruźlicę wynika z art. 57 ust. 2 pkt 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a przez onkologa – z art. 57 ust. 2 pkt 5 tej ustawy.

Pełną dostępność do świadczeń AOS (dla dorosłych) zapewniał Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, w którym pacjentów przyjmowano w dniu zgłoszenia się do poradni specjalistycznej. W pozostałych podmiotach leczniczych (11) prowadzono listy oczekujących na udzielenie tych świadczeń.

Liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych w kontrolowanych podmiotach leczniczych na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r. przedstawia rysunek 7.

¹⁵⁷ Dz. U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661.

¹⁵⁸ Dz. U. z 2007 r., Nr 250, poz. 1884 – rozporządzenie uchylone z dniem 31 grudnia 2015 r.

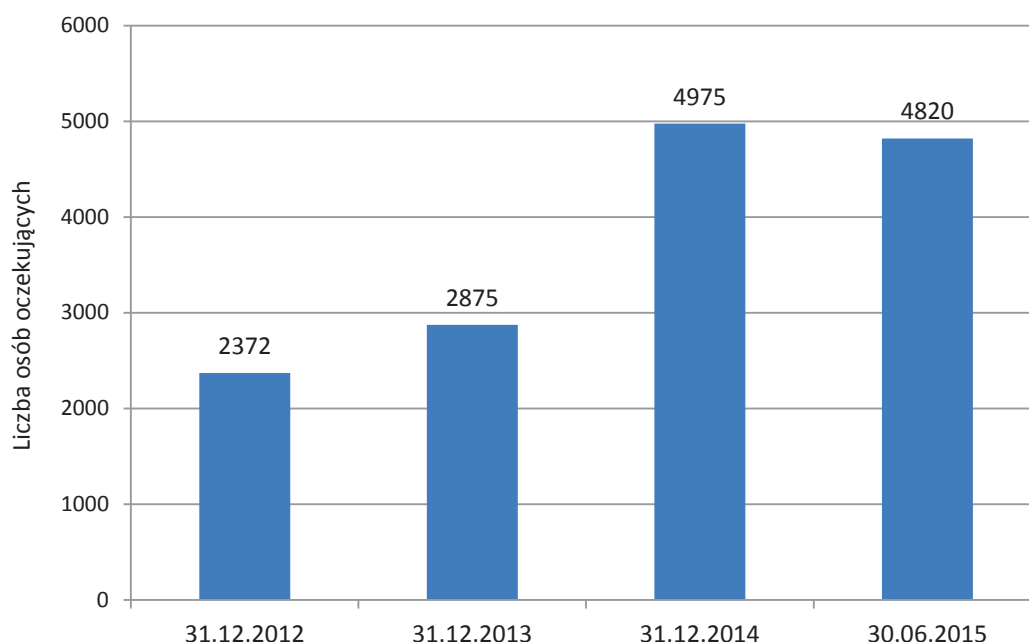
¹⁵⁹ Pacjenci, którzy nie znajdują się w stanie nagłym i nie zostali zaliczeni do przypadków pilnych. Pacjenci o tej kategorii muszą być realizowani wg kolejności zgłoszenia, po wszystkich pacjentach z kategorii „przypadek pilny”.

¹⁶⁰ Pacjenci są zaliczani do przypadków pilnych, gdy istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

¹⁶¹ Art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rysunek nr 7

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych w badanych jednostkach (wg stanu na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.)



Źródło: Dane NIK.

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w kontrolowanych poradniach chorób gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych) wzrosła z 2.372 osób na koniec 2012 r. do 4.820 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o 103,2%. W porównaniu z 2012 r., średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną wydłużył się z 53,75 dni do 59 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 9,8%.

Na koniec czerwca 2015 r. najwięcej osób oczekiwało na udzielanie świadczenia w poradni chorób gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych) w:

- Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – 1.435 osób ze średnim czasem oczekiwania 132 dni dla przypadków stabilnych i 21 dni dla przypadków pilnych,
- Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – 1.300 osób, ze średnim czasem oczekiwania 87 dni dla przypadków stabilnych i 38 dni dla przypadków pilnych,
- Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie – 587 osób, ze średnim czasem oczekiwania 66 dni dla przypadków stabilnych i 7 dni dla przypadków pilnych,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach – 383 osoby, ze średnim czasem oczekiwania 52,46 dni dla przypadków stabilnych i 15,17 dni dla przypadków pilnych,
- Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku – 289 osób, ze średnim czasem oczekiwania 86 dni dla przypadków stabilnych i 7 dni dla przypadków pilnych,
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie łącznie 280 osób¹⁶², ze średnim czasem oczekiwania od 18 do 19 dni dla przypadków stabilnych,
- Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie – 266 osób, ze średnim czasem oczekiwania 23 dni dla przypadków stabilnych.

¹⁶² Do Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc (dalej: WPCP) oczekiwało 174 osób ze średnim czasem oczekiwania 19 dni dla przypadków stabilnych i do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc (dalej: PGiCP) – 106 osób ze średnim czasem oczekiwania 18 dni dla przypadków stabilnych.

- **W Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie** na udzielenie porady specjalistycznej na dzień 30 czerwca 2015 r. oczekiwało łącznie 1.927 osób, w tym: do Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej 568 osób (średni czas oczekiwania 78 dni dla przypadków stabilnych), Poradni Pulmonologicznej – 1.300 osób (średni czas oczekiwania 87 dni dla przypadków stabilnych); Poradni Onkologicznej – 59 osób (średni czas oczekiwania 19 dni dla przypadków stabilnych). Przyczyną tworzenia się kolejek oczekujących było wprowadzenie do kontraktów z NFZ limitów zakupu świadczeń i zniesienie przed laty poziomów referencyjnych¹⁶³.
- **W Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi**, w latach 2012–2014, do Poradni dla Dorosłych i Poradni dla Dzieci nie było kolejek oczekujących. Dostępność świadczeń AOS uległa pogorszeniu w 2015 r., na skutek zmiany sposobu kontraktowania przez NFZ świadczeń AOS¹⁶⁴. W 2015 r. kontrakt zawarty z NFZ został podzielony na świadczenia pierwszorazowe, porady specjalistyczne dla pacjentów będących pod opieką poradni oraz porady udzielane w ramach pakietu onkologicznego. Zmiana ta spowodowała konieczność wyodrębnienia listy osób oczekujących na świadczenia pierwszorazowe oraz limitowania tych przyjęć zgodnie z wartością przyznanego kontraktu na świadczenia AOS. Na 30 czerwca 2015 r. kolejka oczekujących do Poradni dla Dorosłych liczyła 229 osób.
- **W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach** do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc (dla dorosłych) na koniec 2013 r. oczekiwało 101 pacjentów (średni czas oczekiwania wynosił 53,7 dni dla przypadków stabilnych). Na 30 czerwca 2015 r. liczba osób oczekujących wzrosła do 383 pacjentów, a średni czas oczekiwania wynosił 52,46 dni dla przypadków stabilnych (354 pacjentów) i 15,17 dni dla przypadków pilnych (29 pacjentów). Duża liczba oczekujących wynikała z kilkumiesięcznej nieobecności jednego ze specjalistów, spowodowanej jego chorobą. Dyrekcja Szpitala nie miała możliwości oddelegowania z oddziału szpitalnego innego lekarza. Skutkowało to niewykonaniem kontraktu w pierwszej połowie 2015 r. Rozwiązaniem problemu, zdaniem Dyrektora Szpitala, byłoby zwiększenie kontraktu przez NFZ, co pozwoliłoby na zwiększenie zatrudnienia specjalistów.

Zgodnie z informacją przekazaną NIK¹⁶⁵ przez NFZ, na koniec czerwca 2015 r. do poradni gruźlicy i chorób płuc¹⁶⁶ oczekiwało 27.425 osób, w tym 479 osób zakwalifikowanych jako przypadek pilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania cztery dni i 26.946 osób jako przypadek stabilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania 39 dni. Najdłużej musieli czekać na poradę specjalistyczną pacjenci¹⁶⁷ w województwie kujawsko – pomorskim – 101 dni, a najkrócej w województwie lubelskim – 14 dni.

W latach 2012–2014 w badanych poradniach gruźlicy i chorób płuc dla dzieci¹⁶⁸ nie było kolejki oczekujących. Kolejki oczekujących tworzyły się dopiero w 2015 r., po wprowadzeniu przez NFZ zmian kontraktowania świadczeń w rodzaju AOS.

Według raportów przekazanych NFZ przez **Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi**, do Poradni Gruźlicy Chorób Płuc dla Dzieci oczekiwało w poszczególnych miesiącach I półrocza 2015 r. od 105 do 336 osób ze średnim czasem oczekiwania do 14 dni dla przypadków pilnych oraz do 48 dni dla przypadków stabilnych. Na 30 czerwca 2015 r. do tej Poradni oczekiwało 230 dzieci, ze średnim czasem oczekiwania 48 dni dla przypadków stabilnych i 14 dni dla przypadków pilnych. W pozostałych kontrolowanych podmiotach leczniczych, tj. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach i Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie, porady specjalistyczne dla dzieci były udzielane w dniu zgłoszenia się do lekarza.

W badanym okresie nie było oczekujących dzieci do poradni onkologicznej.

¹⁶³ Fundusz stosuje te same stawki w rozliczeniach ze szpitalami/przychodniami dawnego I stopnia referencyjnego oraz z jednostkami dawnego III stopnia referencyjnego.

¹⁶⁴ Wprowadzonych Zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

¹⁶⁵ Informacja z dnia 26 lutego 2016 r., zasięgnięta na podstawie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

¹⁶⁶ Dane przekazane przez 412 poradnie.

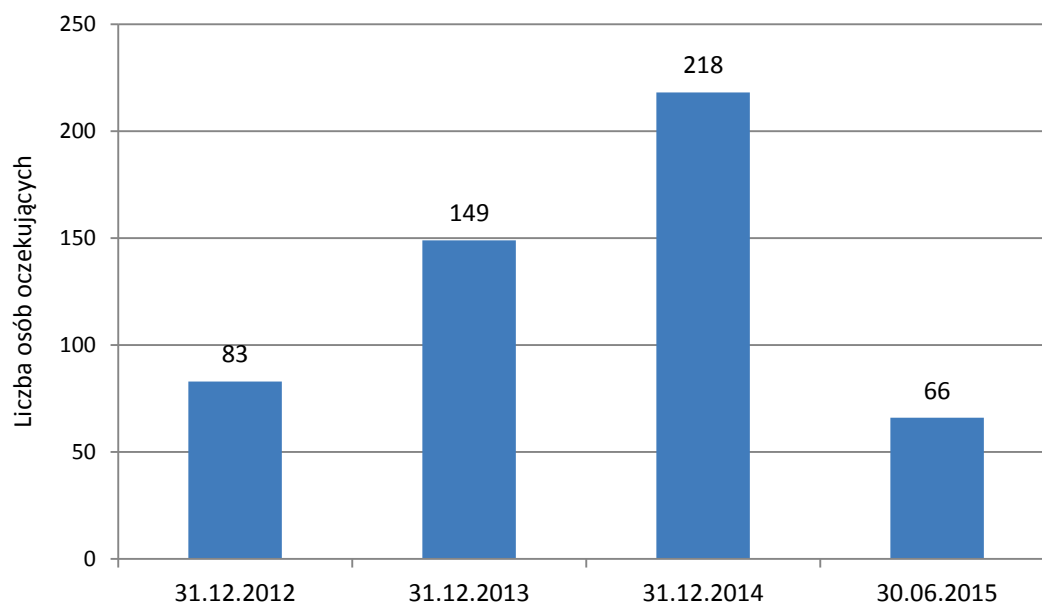
¹⁶⁷ Zakwalifikowani jako „przypadek stabilny”.

¹⁶⁸ Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie.

W poradniach onkologicznych (dla dorosłych) liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 83 osób na koniec 2012 r. do 66 osób, a średni czas oczekiwania skrócił się z 26 dni do 19 dni dla przypadków stabilnych i z 12 dni do 0 dni dla przypadków pilnych. Liczbę osób oczekujących do poradni onkologicznej w badanym okresie przedstawia rysunek 8.

Rysunek nr 8

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni onkologicznej dla dorosłych w badanych podmiotach leczniczych (wg stanu na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.)



Źródło: Dane NIK.

Na koniec czerwca 2015 r. najwięcej osób (dorosłych) oczekiwało na udzielanie świadczenia w poradni onkologicznej w:

- Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – 59 osób, ze średnim czasem oczekiwania 19 dni dla przypadków stabilnych,
- Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Puławach – 7 osób, ze średnim czasem oczekiwania 19 dni dla przypadków stabilnych.

W przypadkach pilnych przyjmowano pacjentów bez kolejki.

Zgodnie z art. 28 pkt 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby, podejmuje działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań, w tym: niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Objęte kontrolą podmioty lecznicze nie gromadziły danych z druków ZLK-2 – „Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy”, w związku z tym nie było możliwe wygenerowanie w systemie informatycznym raportów dotyczących zachorowalności na gruźlicę oraz etiologii tej choroby. Druki ZLK-2 były wysyłane do państwowego powiatowego inspektoratu sanitarnego.

3.3.2. Leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc (gruźlica płuc – leczenie długoterminowe)

Zasady i tryb postępowania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, określa ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁶⁹. Zgodnie z art. 34 ust.1 pkt 1 tej ustawy, obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie.

Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, określono w części I, w poz. 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia¹⁷⁰ Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁷¹ oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne¹⁷².

W skali kraju liczba łóżek szpitalnych w oddziałach gruźlicy i chorób płuc zmniejszyła się z 8,3 tys. zł w 2012 r. do 8 tys. w 2014 r.¹⁷³, tj. o 9,6% (o 300 łóżek).

NIK skontrolowała 11 podmiotów leczniczych, w których hospitalizowano pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem gruźlicy płuc (dorosłych i dzieci). W podmiotach tych zmniejszono liczbę łóżek z 950 w 2012 r. do 852 w 2014 r., tj. o 10,3% (o 98 łóżek).

Cztery podmioty lecznicze¹⁷⁴ (36,4%) wykazały nierzetelne dane o swoim potencjale wykonawczym służącym realizacji świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ, w tym: dwa podmioty zarówno w zakresie zatrudnienia personelu medycznego, jak i wyposażenia w aparaturę medyczną (18,2%).

- **Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** w umowie z NFZ na 2015 r. wykazał¹⁷⁵ sprzęt medyczny wycofany z użytkowania oraz personel medyczny (pielęgniarki), z którymi rozwiązano umowy o pracę w okresie poprzedzającym zawarcie umowy, tj. od stycznia 2012 r. do października 2014 r. Dopiero w toku kontroli NIK zgłoszono NFZ aktualne dane dotyczące personelu i sprzętu medycznego.
- **Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku** w umowie z MOW NFZ wykazało m.in. sześć aparatów ultrasonograficznych, w tym jeden już zlikwidowany.
- **Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim** w załączniku nr 2 „Harmonogram – Zasoby” do umowy z NFZ na 2015 r. wykazał aparaturę medyczną do diagnostyki (bronchofiberoskop i spirometr), która wcześniej została zlikwidowana, a wśród personelu lekarskiego nie wykazał lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, który udzielał świadczeń będąc zatrudnionym w Oddziale Pulmonologii na 3/4 etatu.

¹⁶⁹ Dz. U. z 2013 r. poz. 947, ze zm.

¹⁷⁰ Choroby zakaźne/choroby zakaźne dla dzieci.

¹⁷¹ Dz. U. poz. 1520, ze zm.

¹⁷² Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 1/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 4/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 lutego 2014 r. zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 23/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne; Zarządzenie Nr 88/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁷³ Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.

¹⁷⁴ Wojewódzki Szpital im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku.

¹⁷⁵ W okresie od kwietnia do sierpnia 2014 r.

Dwa podmioty lecznicze¹⁷⁶ z 11 badanych (18,2%) nie spełniały wymagań sanitarno-technicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁷⁷.

NIK negatywnie ocenia stan infrastruktury Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, w którym udzielane były świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gruźlicy dla dzieci i dorosłych. Realizacja przygotowanego programu dostosowawczego dotyczącego stanu technicznego oddziałów dla osób dorosłych z gruźlicą prątkującą jest zagrożona w planowanych terminach, z uwagi na brak zapewnienia finansowania planowanych przedsięwzięć. W ocenie NIK wstrzymanie działań dostosowawczych może negatywnie wpływać na bezpieczeństwo pacjentów, personelu medycznego Centrum i innych osób.

- *W Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku* odstępstwa od wymagań dotyczyły oddziałów leczenia pacjentów z gruźlicą prątkującą. Jak wynika z programu dostosowawczego i kontroli przeprowadzanych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego, m.in. przy wejściu do pięciu oddziałów¹⁷⁸ nie było śluz umywalkowo-fartuchowych oraz urządzeń umożliwiających kontakt pacjenta z odwiedzającym (rozmównic), co stanowi naruszenie ust. 1 i 4 części VI załącznika nr 1 do rozporządzenia. W czterech oddziałach szpitalnych¹⁷⁹ brakowało wydzielonej szatni dla pracowników poza obrębem oddziału, a w dwóch oddziałach¹⁸⁰ nie zapewniono minimum trzech izolatek, co było niezgodne z ust. 2 i 3 części VI załącznika nr 1 do rozporządzenia. Ponadto, m.in. w pięciu oddziałach¹⁸¹ dla pacjentów z gruźlicą prątkującą nie było wentylacji wymuszonej działającej na zasadzie podciśnienia, co narusza § 21 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Zgodnie z art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, odstępstwa od wymagań powinny zostać usunięte do końca 2017 r. Dostosowanie oddziałów uwzględnione było w planie zadania inwestycyjnego pn. „Modernizacja i rozbudowa Pawilonu Głównego”, który był realizowany od 2009 r. Celem inwestycji było stworzenie pawilonu szpitalnego złożonego z dwóch symetrycznych zespołów oddziałów łóżkowych po około 110 łóżek każdy, tj. z trzech oddziałów łóżkowych dla specjalności chorób płuc i gruźlicy o ogólnej liczbie około 100 łóżek projektowanych według standardu średniego pokoju dwuosobowych z łazienką i odpowiednich pomieszczeń towarzyszących, gdzie pokoje jednoosobowe i izolatki można równoważyć pokojami trzyosobowymi; jednego oddziału łóżkowego izolacyjnego wielkości 8–10 łóżek w pokojach jedno i dwuosobowych z łazienkami i odpowiednimi pomieszczeniami towarzyszącymi oraz wentylację mechaniczną o specyfikacji odpowiedniej dla pomieszczeń zakaźnych. W 2012 r. został ukończony I etap inwestycji polegający na rozbudowie budynku, a kolejne etapy obecnie nie są realizowane. Szacowany koszt dokończenia części budowlanej zadania inwestycyjnego to około 8,1 mln złotych, a koszt wyposażenia to około 4,14 mln zł. Dyrektor Centrum wnioskował kilkakrotnie do Marszałka Województwa Mazowieckiego¹⁸² o dofinansowanie modernizacji Pawilonu Głównego. W związku z trudną sytuacją finansową Województwa Mazowieckiego w 2014 r. została wszczęta procedura pozyskania środków finansowych z budżetu państwa. Jednakże proces wydawania opinii do wniosków o dofinansowanie przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju w trybie art. 20a ustawy z 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju¹⁸³ został wstrzymany, a zgodnie z pismem Ministra Finansów z 8 września 2015 r., otrzymanie dofinansowania w bieżącym roku nie było już możliwe. Wstrzymanie finansowania modernizacji Pawilonu Głównego stwarza zagrożenie nieukończenia inwestycji w terminie. Równocześnie Centrum posiada zapewnienie finansowania budowy nowego oddziału chorób płuc dla dzieci z terminem realizacji w latach 2016–2017. Rozpoczęcie budowy planowane jest na początek 2016 r.

¹⁷⁶ Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrołce Świętokrzyskim.

¹⁷⁷ Dz. U. poz. 739.

¹⁷⁸ Nr I, IV, VI, VIII i X.

¹⁷⁹ Nr IV, VI, VIII, IX.

¹⁸⁰ Nr I i IV.

¹⁸¹ Nr I, IV, VI, VIII, X.

¹⁸² M.in. wnioskiem z dnia 29 lipca 2013 r.

¹⁸³ Dz. U. z 2016 r. poz. 383.

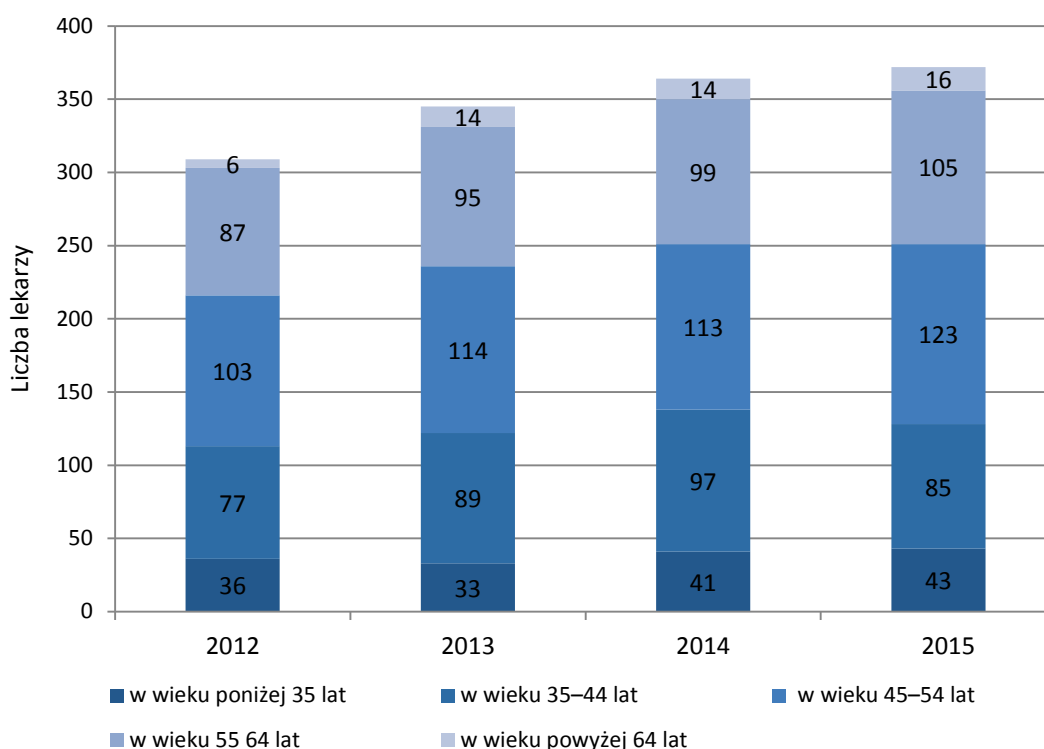
- W Oddziale Pulmonologii **Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim** nie było izolatek, służby umywalkowo-fartuchowej i urządzeń umożliwiających kontakt pacjenta z odwiedzającymi, co było niezgodne z ust. 1 i 4 części VI załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Niepodjęcie działań dostosowawczych może negatywnie wpływać na bezpieczeństwo pacjentów w sytuacji, gdy Oddział Pulmonologii korzysta ze wspólnych ciągów komunikacyjnych Szpitala.

W oddziałach leczenia gruźlicy i chorób płuc zatrudnionych było od 309 lekarzy na koniec 2012 r. do 372 lekarzy na koniec czerwca 2015 r. W grupie lekarzy udzielających świadczeń, na 30 czerwca 2015 r., pracowało m.in. 180 lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc (48,4%), 4 lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc (1,1%), 20 lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc (5,4%) oraz 116 lekarzy o innej specjalizacji (31,2%).

W strukturze wiekowej tych specjalistów¹⁸⁴ przeważały osoby w wieku od 45 do 54 lat, a ich udział w ogólnej liczbie lekarzy specjalistów zmniejszył się z 43,9% na koniec 2012 r. do 42,9% na koniec czerwca 2015 r. Wśród lekarzy specjalistów nie było ani jednej osoby poniżej 35 roku życia. Wśród specjalistów udział lekarzy w wieku powyżej 64 roku życia wzrósł z 1,3% na koniec 2012 r. do 4,9% na koniec czerwca 2015 r.

Rysunek nr 9

Liczba i struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w oddziałach chorób płuc w badanych podmiotach leczniczych na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.



Źródło: Dane NIK.

¹⁸⁴ W strukturze wiekowej lekarzy, specjaliści w dziedzinie chorób płuc (dla dorosłych) w wieku od 35 do 44 lat stanowili od 22,6% na koniec 2012 r. do 21,2% na koniec czerwca 2015 r., w wieku 45-54 lat od 43,9% na koniec 2012 r. do 42,9% na koniec czerwca 2015 r., a w wieku 55-64 lat – od 32,3% na koniec 2012 r. do 31% na koniec czerwca 2015 r., w wieku powyżej 64 lat – od 1,3% na koniec 2012 r. do 4,9% na koniec czerwca 2015 r.

W jednym podmiocie leczniczym, z 11 objętych kontrolą (9,1%), nie realizowano świadczeń z powodu braku lekarzy specjalistów.

- **Wojewódzki Szpital im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu** nie uczestniczył w konkursie ofert ogłoszonym przez NFZ na realizację świadczeń w zakresie choroby zakaźnej/choroby zakaźnej dla dzieci, z powodu braku lekarzy specjalistów. Szpital (Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc) posiadał pełne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz spełniał pozostałe wymogi¹⁸⁵.

W oddziałach gruźlicy i chorób płuc odnotowano wzrost liczby pacjentów z 19.796 w 2012 r. do 21.745 w 2014 r., tj. o 9,8%. Na koniec czerwca 2015 r. liczba leczonych wyniosła 12.678 osób. Jednocześnie, w okresie objętym kontrolą, odnotowano spadek leczonych (dorosłych) z rozpoznaniem gruźlicy płuc z 2.751 w 2012 r. do 2.450 w 2014 r., tj. o 10,9%. W I połowie 2015 r. z powodu gruźlicy płuc leczono 1.160 osób. Spośród nich ponad 54% stanowili pacjenci z gruźlicą płuc potwierdzoną bakteriologicznie¹⁸⁶. Na gruźlicę płuc częściej zapadali mężczyźni niż kobiety, a ich udział w grupie pacjentów w badanym okresie wynosił 69,3%. Wśród pacjentów przeważały osoby w wieku powyżej 65 lat (27,5%) oraz osoby w wieku 50–59 lat (24,4%).

W oddziałach szpitalnych z powodu gruźlicy płuc leczono 218 cudzoziemców (2,4% leczonych z rozpoznaniem gruźlicy płuc), w tym: 42 w 2012 r., 60 w 2013 r., 76 w 2014 r. i 40 w I połowie 2015 r. Zgodnie z art. 34 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁸⁷, obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie.

W trakcie hospitalizacji 87 chorych na gruźlicę płuc w okresie prątkowania przerwało leczenie (1% leczonych na gruźlicę płuc), w tym: po 29 osób w 2012 r. i 2013 r., 24 w 2014 r. i 5 osób w I połowie 2015 r.

Stosownie do postanowień art. 34 ust. 1c ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę, o której mowa w ust. 1, przed zakończeniem badań diagnostycznych lub leczenia, kierownik szpitala jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania informacji o samowolnym opuszczeniu szpitala, powiadomienia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala. Zgodnie z art. 36 ust. 1 i 2 tej ustawy, wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków. O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne. Każdy przypadek zastosowania środka przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

¹⁸⁵ W części I, poz. 15 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia.

¹⁸⁶ Liczba pacjentów chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie uległa zmniejszeniu z 1.503 (54,6% leczonych pacjentów na gruźlicę płuc) w 2012 r. do 1.491 (60,9% leczonych pacjentów na gruźlicę płuc) w 2014 r. W 2013 r. na gruźlicę płuc leczono 2.560 pacjentów, w tym 1.464 na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie (57,2%), a w I połowie 2015 r. – 1.160 pacjentów, w tym 700 na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie (60,3%).

¹⁸⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 947 ze zm.

Kontrola ujawniła, że kierownicy trzech szpitali, w których pacjenci samowolnie przerwali leczenie gruźlicy płuc, nie wywiązywali się z ustawowego obowiązku powiadomienia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala.

- *Dyrektor **Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy** nie przekazał Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu (PPIS) informacji o przerwaniu leczenia przez pięciu z ośmiu prątkujących pacjentów, którzy w okresie od września 2012 r. do października 2015 r. samowolnie opuścili oddział szpitalny, czym naruszył art. 34 ust. 1 c ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dyrektor wyjaśnił, że o tym fakcie powiadomił PPIS w formie ustnej. Jednak PPIS w Bydgoszczy nie potwierdził otrzymania takiego zgłoszenia, a ponadto wyjaśnił, że dla podjęcia działań zmierzających do przymuszenia pacjenta do hospitalizacji w drodze decyzji administracyjnej wymagana jest forma pisemna.*
- *W **Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie** (dalej „Centrum”), w okresie objętym kontrolą 27 pacjentów samowolnie przerwało leczenie przeciwprątkowe¹⁸⁸. Pomimo zleconych badań w celu kontynuacji leczenia oraz monitów, chorzy nie wykazali zainteresowania ponowieniem leczenia i uchylali się od wizyt kontrolnych, podając np. nieprawdziwe numery telefonów czy też nie reagując na pisemnie wezwania. W zaistniałych okolicznościach Centrum poinformowało Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Rzeszowie (dalej PPIS) w celu podjęcia stosownych działań. W przypadku pacjentów, którzy nie wykazywali zainteresowania leczeniem gruźlicy, PPIS wydał decyzję nakazującą poddania się obowiązkowemu leczeniu tej choroby. W stosunku do jednego pacjenta w 2013 r. PPIS zastosował środki przymusu bezpośredniego – pacjenta dowieziono do Centrum w Rzeszowie.*

Za główny czynnik rozwoju lekooporności przez prątki uznaje się nieprawidłowo prowadzoną terapię przeciwprątkową: podawanie leków w niewłaściwych dawkach i nieodpowiednim czasie, leczenie niesystematyczne i przerwane przedwcześnie. Przerwanie leczenia gruźlicy płuc jest sytuacją niekorzystną, ponieważ niesie groźbę transmisji zakażenia gruźlicą wywołaną przez prątki odporne na stosowane leki.

W badanym okresie, w grupie leczonych na gruźlicę płuc było 135 osób z rozpoznaniem gruźlicy wielolekoopornej (MDR-TB), w tym 29 osób w 2012 r., po 42 osoby w 2013 r. i 2014 r. oraz 22 osoby w I połowie 2015 r. Wśród pacjentów z gruźlicą wielolekooporną leczono czterech cudzoziemców.

Koszt leczenia chorych na gruźlicę wielolekooporną jest znacznie wyższy od leczenia gruźlicy wrażliwej na leki.

- *W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku** planowany czas leczenia przeciwprątkowego w przypadku pierwszego zachorowania wynosi 6 miesięcy (2 miesiące faza intensywna, 4 miesiące faza konsolidacji). Średni czas hospitalizacji tej grupy to 45 dni. Natomiast planowany czas leczenia przeciwprątkowego w przypadku wznowy gruźlicy wynosi 8 miesięcy (3 miesiące faza intensywna, 5 miesięcy faza konsolidacji), a średni czas hospitalizacji tej grupy pacjentów jest trudny do ustalenia, ponieważ jest to grupa niejednorodna (wznowy, przerwania leczenia, przewlekłe prątkowania). Koszt leczenia typowego pacjenta z rozpoznaniem gruźlicy (pierwsze zachorowanie) wynosił około 19,6 tys. zł (84 dni w oddziale), a pacjenta z nawrotem choroby¹⁸⁹ – 32,3 tys. zł (136 dni w oddziale).*
- *W **Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała S. Wyszyńskiego w Łomży** przeciętny czas leczenia przeciwprątkowego (w Szpitalu, a następnie ambulatoryjnie) pacjenta ze stwierdzoną gruźlicą (nowe zachorowanie) wynosił około 180 dni, a pacjenta z nawrotem choroby – około 270 dni, przeciętny czas pobytu na Oddziale pacjentów leczonych po raz pierwszy wynosił około 60 dni¹⁹⁰, a pacjentów w nawrotem choroby – 90 dni¹⁹¹.*

¹⁸⁸ Tj. 3 osoby w 2012 r., 17 w 2013 r., 5 w 2014 r. i 2 osoby w I połowie 2015 r. Rozpoznanie lekarskie wśród tych pacjentów to najczęściej A. 15.1 – gruźlica płuc potwierdzona wyłącznie posiewem, A.15.9 – gruźlica układu oddechowego nieokreślona, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie, A.15.6 – gruźlicze zapalenie opłucnej potwierdzone bakteriologicznie i histologicznie, A.15.0 – gruźlica płuc potwierdzona mikroskopowym badaniem płwociny.

¹⁸⁹ Przy zastosowaniu leków INH, RMP, PZA, SM i EMB.

¹⁹⁰ Przy pierwszym leczeniu pacjentów najczęściej wykorzystywano: 120 kapsułek Rifamazidu, 180 kapsułek Pirozynamidu i 300 kapsułek Ethambutolu (koszt użytych leków wynosił 203,58 zł).

¹⁹¹ Przy leczeniu pacjenta we wznowie wykorzystywano najczęściej: 180 kapsułek Rifamazidu, 270 kapsułek Pirozynamidu, 450 kapsułek Ethambutolu i 60 ampułek Streptomycyny (koszt użytych leków wynosił 1.120,17 zł).

W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku**, specjalizującym się w leczeniu chorych na gruźlicę, w okresie lipiec-wrzesień 2015 r., wystąpiły problemy z dostępnością Etambutolu, jednego z podstawowych leków stosowanych w leczeniu gruźlicy.

- W lipcu dostawy były realizowane z opóźnieniem i w okrojonej ilościowo formie. W sierpniu wyczerpały się zapasy w hurtowni, z którą ośrodek był związany umową. Ze względu na wymogi terapeutyczne lek w liczbie 14 opakowań kupiono poza przetargiem, w cenie o 30 zł wyższej. Od 19 sierpnia do 21 września Szpital nie miał żadnych możliwości zakupu tego leku. Przy pierwszej niezrealizowanej dostawie, w dniu 12 sierpnia 2015 r., Centrum poinformowało Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, a za jego pośrednictwem Główny Inspektorat Farmaceutyczny, według standardowej procedury zgłaszania braku leków. Niezależnie od powyższego, poinformowano również Ministerstwo Zdrowia. Apteka podjęła również próby sprowadzenia leku w ramach importu docelowego, jednak cena leku kilkunastokrotnie przekraczała cenę dotychczas stosowanego Etambutolu. Według analizy przeprowadzonej w Aptece, miesięczne zużycie leku szacuje się na poziomie 52–56 opakowań, podczas gdy zapas utrzymywany jest na poziomie miesięcznego zużycia.

3.3.3. Leczenie szpitalne w zakresie chorób nowotworowych i POChP

NIK skontrolowała łącznie 12 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc (hospitalizacja).

Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń w trybie hospitalizacji w zakresie chorób nowotworowych, zostały określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹².

Hospitalizacja chorych na nowotwór płuca

W jedenastu szpitalach świadczenia w zakresie chorób nowotworowych były udzielane przez kliniki /oddziały: chorób płuc¹⁹³, chirurgii klatki piersiowej, oddziały zachowawcze o profilu chorób płuc¹⁹⁴, pododdziały onkologiczne¹⁹⁵. W podmiotach tych świadczenia dostępne były całodobowo przez wszystkie dni tygodnia. Zapewniono także personel medyczny o wymaganych kwalifikacjach oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹⁶.

¹⁹² Wymagania dotyczące personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, organizacji udzielania świadczeń i dostępu do badań laboratoryjnych określono oddzielnie dla: chirurgii dziecięcej w poz. 5; chirurgii klatki piersiowej/chirurgii klatki piersiowej dla dzieci w poz. 6; chirurgii ogólnej w poz. 9, chirurgii onkologicznej/chirurgia onkologiczna dla dzieci w poz. 10, choroby płuc/choroby płuc dla dzieci w poz. 13, choroby wewnętrzne w poz. 14, onkologii i hematologii dziecięcej w poz. 32, onkologii klinicznej w poz. 33, pediatrii w poz. 36 załącznika nr 3 do przedmiotowego zarządzenia.

¹⁹³ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach, Szpital Wojewódzki im. S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi.

¹⁹⁴ W podmiotach leczniczych, które w strukturze organizacyjnej nie miały wyodrębnionego oddziału o profilu onkologicznym, prowadzono hospitalizację osób z nowotworem układu oddechowego w oddziałach zachowawczych o profilu chorób płuc, np. w Oddziale Chorób Płuc i Leczenia Raka Płuc, Oddziale Klinicznym Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy, Oddziale Diagnostyczno-Obserwacyjnym Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddziale Chorób Płuc, Oddziale Pulmonologii, Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy i w Oddziale Pulmonologiczno-Alergologicznym.

¹⁹⁵ Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

¹⁹⁶ Warunki te były tożsame z wymaganiami NFZ dla tego rodzaju świadczeń zdrowotnych, określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Trzy podmioty lecznicze¹⁹⁷, z jedenastu objętych kontrolą (27,3%), przedstawiały w ofertach do NFZ nierzetelne dane o zasobach wykonawczych służących realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób płuc – hospitalizacja w ramach umów podpisanych z NFZ.

- **Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku** wykazało w ofercie i w umowie podpisanej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (MOW NFZ) na udzielanie świadczeń w zakresie choroby płuc – hospitalizacja, dwóch lekarzy o specjalności onkologia kliniczna, pomimo że lekarze ci nie posiadali takiej specjalności. Wskazani lekarze posiadali specjalizację w dziedzinie chemioterapii nowotworów. Podczas wykazywania rodzajów specjalizacji nie było możliwości wskazania w systemie SZOI nazwy specjalizacji w zakresie chemioterapii nowotworów, dlatego też wskazano specjalizację z onkologii klinicznej, jako najbliższej merytorycznie i zgodnej z nowym nazewnictwem specjalizacji używanej w SZOI.
- W **Kujawsko – Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy** (KPCP), pacjentów z chorobami nowotworowymi układu oddechowego hospitalizowano w pięciu oddziałach, w tym przede wszystkim w Oddziale Chorób Płuc i Leczenia Raka Płuc¹⁹⁸ oraz w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów¹⁹⁹. W dniu podpisania umowy z NFZ na 2015 r. i w trakcie jej realizacji²⁰⁰, niezgodnie ze stanem faktycznym KPCP wykazało kwalifikacje personelu medycznego, udzielającego świadczeń w zakresie chorób płuc i chirurgii klatki piersiowej oraz nie aktualizowało tych danych. W kwalifikacjach pielęgniarek (3) nie wykazano specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, które podlegały ocenie przy kontraktowaniu świadczeń oraz zawyżono dostępność jednego z lekarzy pracujących w Oddziale Klinicznym Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy, wykazując wyższy wymiar czasu pracy niż wynikający z umowy o pracę. W dniu podpisania umowy z NFZ wykazano personel medyczny (siedem osób) zatrudniony w innych komórkach organizacyjnych niż te, w których udzielali świadczeń. Tym działaniem naruszono § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, § 2 pkt 8 umowy z NFZ²⁰¹ oraz § 6 ust. 1 pkt 3 i 4 regulaminu korzystania z Portalu NFZ²⁰² określonego w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Ponadto, KPCP wykazało zarówno w systemie SZOI, jak i w umowie z NFZ, sprzęt medyczny (spirometr, bronchofibroskop) służący do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów, podczas gdy sprzęt ten fizycznie znajdował się odpowiednio w Pracowni Fizjopatologii Oddychania i w Pracowni Endoskopowej.
- W sali wybudzeń Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów KPCP, w której znajdowały się trzy stanowiska intensywnej opieki medycznej, w dniu oględzin nie było dwóch pomp infuzyjnych oraz defibrylatora wymaganych § 4 ust. 2 pkt 2 lit. a i f rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. Urządzenia te nie były również ujęte w ewidencji środków trwałych wskazanej komórki organizacyjnej. Dyrektor KPCP wyjaśniła, że Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów posiadał stały dostęp do wymaganej liczby pomp infuzyjnych i defibrylatora, a wymagany sprzęt znajdował się na będącym w bezpośrednim sąsiedztwie Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Dodała również, że w dniu 26 listopada 2015 r. nastąpiło formalne przekazanie i wpisanie do SZOI dwóch pomp infuzyjnych oraz defibrylatora na stan Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.

Kontrola ujawniła, że latach 2012–2015 w II Oddziale Chorób Płuc, w **Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi**²⁰³, nie były realizowane umowy podpisane z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. Przyczyną nierealizowania świadczeń były problemy natury techniczno-lokalowej spowodowane brakiem możliwości zamontowania urządzenia do przygotowywania cytostatyków – digestorium w pomieszczeniach Oddziału. Zespół, podpisując z NFZ kolejne aneksy do umowy, nie dopełnił obowiązku zgłoszenia Funduszowi braku digestorium wewnątrz pomieszczeń Oddziału. Środki pozyskane z NFZ zostały przeznaczone m.in. na realizację świadczeń w Oddziale Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego.

¹⁹⁷ Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Kujawsko – Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

¹⁹⁸ W zakresie chemioterapii.

¹⁹⁹ W zakresie zabiegów operacyjnych.

²⁰⁰ Na 22 października 2015 r.

²⁰¹ Nr 12-16/B0006/SZP.

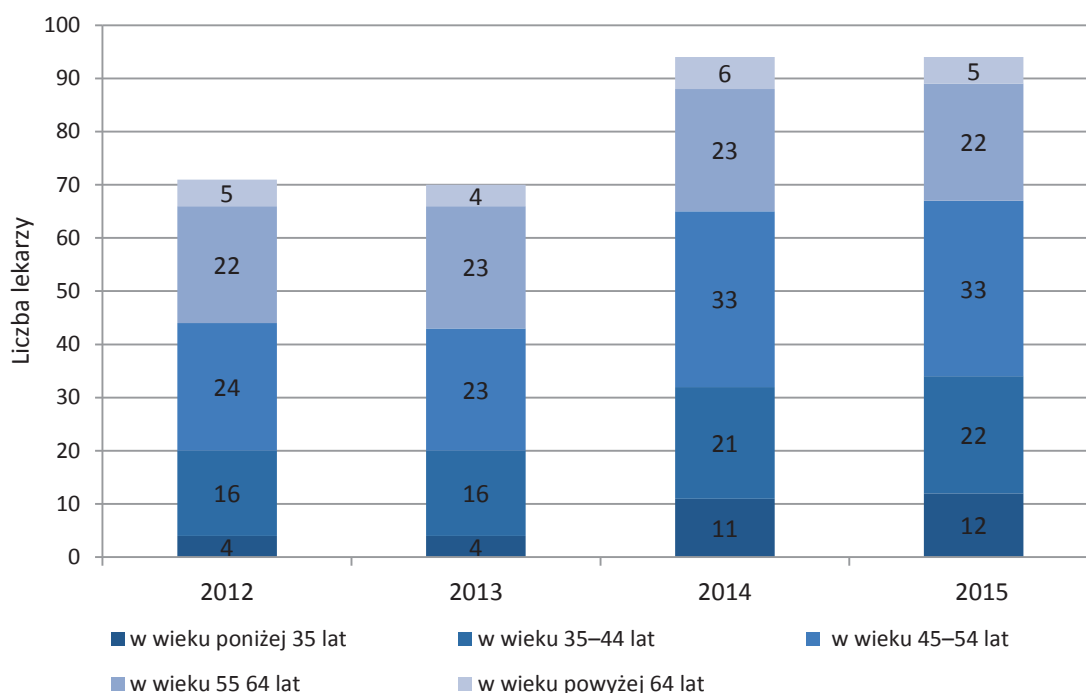
²⁰² Stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

²⁰³ W II Oddziale Chorób Płuc w Tuszynie.

W okresie objętym kontrolą badane szpitale zatrudniały od 71 lekarzy²⁰⁴ na koniec 2012 r. do 94 lekarzy na koniec czerwca 2015 r. Struktura wieku lekarzy pracujących w oddziałach zajmujących się leczeniem chorób nowotworowych układu oddechowego wykazywała wzrastającą liczbę osób w wieku 45–54 lata oraz w wieku 55–64 lat, przy jednoczesnym spadku liczby lekarzy w młodszych przedziałach wiekowych. Na koniec czerwca 2015 r. 12 lekarzy było w wieku poniżej 35 roku życia (12,8%), 22 w wieku 35–44 lata (23,4%), 33 w wieku 45–54 lat (35,1%), 22 w wieku 55–64 lata (23,4%) i 5 w wieku powyżej 64 lat (5,3%).

Rysunek nr 10

Liczba i struktura wiekowa lekarzy zatrudnionych w oddziałach onkologicznych w badanych podmiotach leczniczych na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.



Źródło: Dane NIK.

- W **Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie**, wśród 119 lekarzy zatrudnionych na koniec czerwca 2015 r., tylko dwóch lekarzy miało specjalizację w dziedzinie onkologii, a w Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój nie zatrudniano lekarzy o takiej specjalizacji. Zdaniem Dyrektora Instytutu, zatrudnieni onkolodzy pełnią jedynie funkcje konsultacyjne, a zatem ich liczba zapewnia właściwą realizację leczenia onkologicznego. Jednakże, w trosce o uniknięcie problemu luki pokoleniowej, obecnie dwóch lekarzy kończy specjalizację w dziedzinie onkologia kliniczna. Oddział Terenowy Instytutu w Rabce-Zdrój zajmuje się chorobami płuc u dzieci i nie ma tam miejsca na leczenie nowotworów układu oddechowego. NIK nie podzieliła stanowiska Dyrektora w tej sprawie, gdyż z ustaleń kontroli wynika, że w badanym okresie w Instytucie w Warszawie leczono 13.275 pacjentów na nowotwór złośliwy układu oddechowego²⁰⁵, w tym: 12.137 pacjentów na nowotwór złośliwy płuca²⁰⁶, a w Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój leczono łącznie 15 pacjentów na nowotwór złośliwy układu oddechowego, w tym 11 chorych na nowotwór złośliwy płuca.
- W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy**, w oddziałach zajmujących się m.in. leczeniem nowotworu płuca oraz w Pracowni Bronchoskopii, zatrudnionych było 23 lekarzy, w tym czterech lekarzy miało specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej, jeden w dziedzinie chirurgii onkologicznej, a trzech w dziedzinie chemioterapii nowotworów. Średni wiek lekarzy wynosił 49 lat.

²⁰⁴ W badanych oddziałach szpitalnych zatrudnionych było: 71 lekarzy w 2012 r., 70 w 2013 r., 94 w 2014 i 94 na koniec czerwca 2015 r.

²⁰⁵ W tym: 3.656 pacjentów w 2012 r., 3.597 w 2013 r., 3.543 w 2014 r. i 2.479 pacjentów w I półroczu 2015 r.

²⁰⁶ W tym: 3.334 w 2012 r., 3.223 w 2013 r., 3.293 w 2014 r. i 2.287 pacjentów w I półroczu 2015 r.

- *W Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, wśród personelu lekarskiego udzielającego świadczeń w Oddziale Chorób Płuc i Leczenia Raka Płuc, przeważały osoby w wieku od 35 do 44 lat. Na dzień 30 czerwca 2015 r. w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów zatrudniano pięciu specjalistów w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, w tym dwóch w wieku od 45 do 54 lat i trzech w wieku od 55 do 64 lat oraz jednego lekarza bez specjalizacji w wieku poniżej 35 lat.*

Kontrola ujawniła, że w latach 2012–2015 (do 30 czerwca 2015 r.) w **Wojewódzkim Szpitalu im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu** dwóch lekarzy Oddziału otrzymywało podwójne wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych w dwóch jednostkach organizacyjnych Szpitala, w tych samych godzinach pracy, tj. w Oddziale na podstawie umowy o pracę i w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc na podstawie umowy cywilnoprawnej. Podwójne finansowanie dotyczyło 24 dni z 62 dni poddanych analizie. Powyższe działanie było niezgodne z § 6 ust. 4 pkt 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącym, że osoby wykonujące zawody medyczne²⁰⁷, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym: podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego i Kadr wyjaśnił że, cyt.: (...) „podwójne finansowanie pracy lekarzy należałoby rozpatrywać w kontekście rynkowych stawek za świadczenia lekarskie w poradniach specjalistycznych. W porównaniu takim okaże się, że stawki kontraktowe lekarzy pracujących w naszej poradni są znacznie niższe od rynkowych, dlatego też dopuszczamy w wymienionych powyżej sporadycznych przypadkach podwójne finansowanie tej pracy”.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wypłata lekarzom podwójnego wynagrodzenia za jednoczesne świadczenie usług zdrowotnych w Oddziale na podstawie umowy o pracę i w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc na podstawie umowy cywilnoprawnej, była działaniem nielegalnym.

Liczba łóżek w oddziałach szpitalnych udzielających świadczeń w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego zmniejszyła się z 1.025 w 2012 r. do 950 w 2015 r. (na 30 czerwca), tj. o 7,3%. W oddziałach tych leczono 23.252 pacjentów w 2012 r., 24.203 w 2013 r., 25.611 w 2014 r. i 14.140 pacjentów w I połowie 2015 r. W 2014 r. przyjęto o 2.359 pacjentów, więcej niż w 2012 r., tj. o 10,1%.

Z powodu nowotworu układu oddechowego hospitalizowano 8.417 osób w 2012 r. (36,2% hospitalizowanych), 8.991 osób w 2013 r. (37,1% hospitalizowanych), 9.686 osób w 2014 r. (37,8% hospitalizowanych) i 5.333 osoby w I połowie 2015 r. (37,7% hospitalizowanych).

W oddziałach szpitalnych liczba pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem nowotworu płuca wzrosła z 7.158 w 2012 r. do 8.496 w 2014 r., tj. o 18,7%. W I połowie 2015 r. hospitalizowano 4.722 osób z nowotworem płuca. W trakcie hospitalizacji z powodu tej choroby zmarło łącznie 2.199 osób, w tym: 716 w 2012 r., 597 w 2013 r., 576 w 2014 r. i 310 w I połowie 2015 r.

²⁰⁷ W rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

- W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlic** leczonych było 2.621 pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu oddechowego i klatki piersiowej w 2012 r., 2.631 pacjentów w 2013 r., 2.733 pacjentów w 2014 r. oraz 1.480 pacjentów w I połowie 2015 r.²⁰⁸
- W **Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie**, w latach 2012–2015, nowotwory układu oddechowego zdiagnozowano u 946 osób²⁰⁹, w tym nowotwór płuca u 831 osób²¹⁰, tj. 87,8%. Wraz z wiekiem liczba chorych na nowotwór układu oddechowego wzrastała. Najwięcej chorych na nowotwór płuca zarejestrowano u pacjentów w wieku 60–65 i powyżej 65 lat, którzy stanowili od 50,8% w 2012 r. do 49,1% w 2015 r. leczonych pacjentów. Wśród chorych na nowotwór układu oddechowego więcej było mężczyzn niż kobiet (od 59,9% do 58% w 2015 r. ogólnej liczby pacjentów). Odnotowano wzrost zachorowań na nowotwór układu oddechowego wśród kobiet z 40% w 2012 r. do 42% w 2015 r.

W kontrolowanych podmiotach leczniczych nie prowadzono ewidencji jednostkowych kosztów świadczeń medycznych wg jednostek chorobowych w oddziałach szpitalnych²¹¹. W niektórych podmiotach leczniczych²¹² wdrażany jest system komputerowy, który w przyszłości zapewni wyliczenie jednostkowego kosztu leczenia pacjenta, a także pozwoli wycenić konkretne świadczenie.

W latach 2012–2015 (I półrocze), wartość wykonanych świadczeń na podstawie umów podpisanych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych – hospitalizacja wyniosła łącznie 44.741,7 tys. zł, tj. 119,1% wartości zakontraktowanej – 37.551,3 tys. zł. Fundusz terminowo przekazywał środki za wykonanie świadczeń.

- W **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie**, w latach 2012–2015 (I półrocze), wartość świadczeń związanych z leczeniem pacjentów chorych na nowotwór złośliwy płuca wyniosła 34.167,8 tys. zł. Średni przychód Szpitala z tytułu leczenia jednego pacjenta wyniósł od 3 tys. zł do 3,7 tys. zł. Lekarz kierujący Oddziałem Chirurgii Klatki Piersiowej wyjaśnił, że Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej jest jedynym ośrodkiem prowadzącym zabiegową diagnostykę i leczenie operacyjne raka płuca na terenie województwa lubelskiego, a kontrakt zawarty z NFZ na dotychczasowych warunkach nie pokrywał w pełni potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców. Ponadto, Szpital jest jedynym w województwie Centrum Urazowym, co skutkowało zajmowaniem miejsc przeznaczonych dla pacjentów z rakiem płuca przez chorych pourazowych.

Hospitalizacja chorych na POChP

NIK skontrolowała łącznie 12 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc – hospitalizacja (POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego).

W badanym okresie leczenie szpitalne pacjentów z rozpoznaniem POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego²¹³ prowadzone było w oddziałach o profilu chorób płuc i/lub gruźlicy i chorób płuc, w ramach kontraktu z NFZ.

Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji w zakresie POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego, określono w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²¹⁴.

²⁰⁸ Grupa JPG: D28 rozliczona w zakresach: choroby płuc, choroby płuc dziecięce, choroby klatki piersiowej, choroby wewnętrzne.

²⁰⁹ W tym: 197 osób w 2012 r., 192 w 2013 r., 300 w 2014 r., 257 osób w I połowie 2015 r.

²¹⁰ W tym: 174 osób w 2012 r., 166 w 2013 r., 271 w 2014 r. i 220 osób w I połowie 2015 r.

²¹¹ Np. Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie.

²¹² Np. Wojewódzki Szpital im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu.

²¹³ Kod grupy D 46; kod produktu 5.51.01.00004046.

²¹⁴ Dz. U. poz. 1520 ze zm.

Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zatrudnienie personelu lekarskiego w badanych oddziałach odpowiadało wymaganiom określonym w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Dwa podmioty lecznicze z 12 badanych (16,7%) wykazały nierzetelne dane dotyczące zasobów wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ.

- **Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach**, w umowie z NFZ na 2015 r.²¹⁵ wykazał dostępność dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wymiarze po 40 godzin tygodniowo, podczas gdy, według umów cywilnoprawnych podpisanych z tymi lekarzami, było to minimum po 26,6 godzin tygodniowo. W trakcie kontroli NIK, Szpital powiadomił NFZ o zmianie godzin pracy lekarzy, zgodnie ze stanem faktycznym. Szpital wykazał w umowie z NFZ niesprawny bronchofiberoskop (rok produkcji 1999), który wymagał naprawy polegającej na wymianie zużytych elementów o wartości 13,3 tys. zł. Z powodu braku środków finansowych na naprawę, niesprawne urządzenie było przechowywane w pomieszczeniach magazynowych. Według dyrektora Szpitala, urządzenie, może zostać naprawione w przypadku awarii drugiego urządzenia lub być wykorzystane na części zamienne. Zdaniem NIK niesprawna aparatura medyczna nie powinna być zgłaszana do NFZ jako służąca udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- W **Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi** (dalej również „Zespół”), w 2011 r. sporządzono niezgodnie ze stanem faktycznym oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie choroby płuc – hospitalizacja w dwóch oddziałach zlokalizowanych w Tuszynie. W ofercie wykazano, iż Zespół zapewnia w lokalizacji realizację badań mikrobiologicznych (w tym BK), gdy tymczasem w tej lokalizacji zapewniał jedynie dostęp do tych badań. W tej samej ofercie wykazano m.in. jeden spirometr użytkowany przez dwa Oddziały, pomimo jego fizycznej likwidacji w 2008 r. W umowie z NFZ, obowiązującej w latach 2012–2014, Zespół wykazał nieistniejący spirometr, chociaż nowy 30 marca 2012 r. został przyjęty przez II Oddział Chorób Płuc. W tej samej umowie, w zakresie świadczeń realizowanych w Oddziale Leczenia Gruźlicy, do 25 lutego 2013 r., Zespół wykazał spirometr, który, zgodnie z ewidencją księgową, w latach 2012–2013 r. (do 29 lipca), był użytkowany przez Oddział Chorób Płuc i Alergii Układu Oddechowego, zlokalizowany w Łodzi.

Średnie zatrudnienie lekarzy w 12 szpitalach objętych kontrolą zmniejszyło się z 200 osób (181,49 etatu) na koniec 2012 r. do 188 osób (170,75 etatu) na koniec czerwca 2015 r., tj. o 6%.

- W **Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi**, w oddziałach zajmujących się leczeniem²¹⁶ m.in. POChP, zatrudnionych było od 20 lekarzy w 2012 r. do 18 lekarzy w 2015 r. Jedenastu lekarzy miało II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, trzech – specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, a pięciu specjalizację II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych.

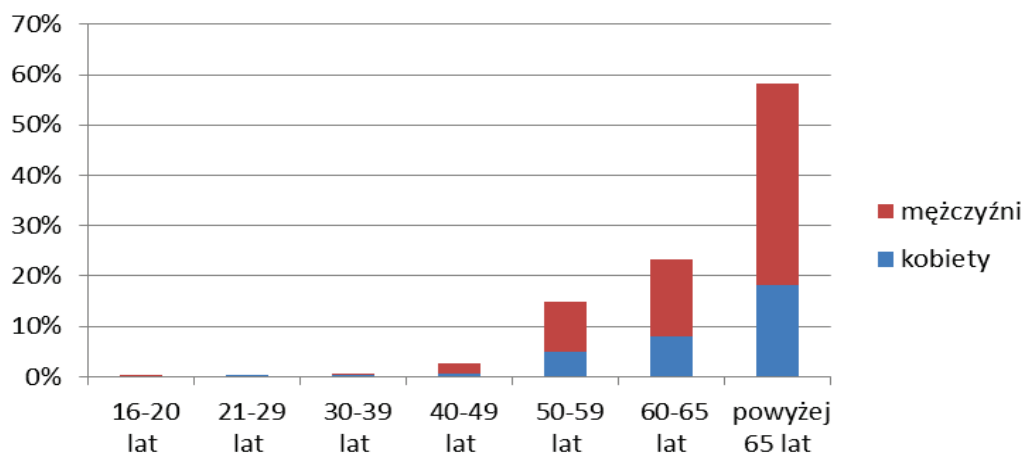
Liczba łóżek w oddziałach szpitalnych udzielających świadczeń w zakresie POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego zmniejszyła się z 1.025 na koniec 2012 r. do 903 na koniec czerwca 2015 r., tj. o 11,9%. Liczba pacjentów hospitalizowanych na POChP wzrosła z 18.119 w 2012 r. do 18.814 w 2014 r., tj. o 3,8%. W I połowie 2015 r. w oddziałach szpitalnych leczono 9.983 pacjentów.

²¹⁵ W załączniku nr 2 do umowy pn. „Harmonogram-zasoby”.

²¹⁶ W II Oddziale Chorób Płuc i Oddziale Wewnętrznym.

Rysunek nr 11

Struktura wieku pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem POChP w 2014 r.



Źródło: Dane NIK.

W latach 2012–2015 (I półrocze) wartość wykonanych świadczeń na podstawie umów podpisanych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc – hospitalizacja wyniosła łącznie 622.167,3 tys. zł, tj. 95,3% wartości zakontraktowanej – 653.143,8 tys. zł. Fundusz terminowo przekazywał środki za wykonanie świadczeń.

Wartość wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc – hospitalizacja w latach 2012–2015 stanowi załącznik nr 5 do Informacji.

Najwięcej pacjentów z POChP, w badanym okresie, hospitalizowano w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi – 12.932 pacjentów²¹⁷.

- W Oddziale Chorób Zakaźnych (dziecięcych) w **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie** liczba dzieci hospitalizowanych z podejrzeniem lub rozpoznaniem POChP wyniosła 1.463 w 2012 r. (0,4% dzieci hospitalizowanych z podejrzeniem lub rozpoznaniem POChP), 1.695 w 2013 r. (0,4%), 1.757 w 2014 r. (0,6%), 881 w I półroczu 2015 r. (0,2%). W okresie objętym kontrolą średnia długość pobytu pacjenta wynosiła odpowiednio: 4,2 dnia, 12 dni, 3,9 dnia i 3,7 dnia. Przekładało się to na następujący odsetek wykorzystania łóżek: 33,3%, 111,1%, 61,7% i 59,5%. Na POChP leczono 3.646 dzieci, najwięcej dzieci było w przedziale wieku 6–10 lat (1.056), a następnie w przedziale 4–5 lat (766).
- W **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie** liczba hospitalizowanych pacjentów z POChP wzrosła z 480 osób w 2012 r. do 898 osób w 2014 r. W I półroczu 2015 r. na POChP leczono 519 pacjentów. Wśród hospitalizowanych na POChP najliczniejszą grupę stanowiły osoby powyżej 50 roku życia (2.453 osób), tj. 97% pacjentów leczonych na POChP.
- W okresie objętym kontrolą wykonano świadczenia związane z leczeniem POChP i innych obturacyjnych chorób płuc o wartości 647,8 tys. zł. Średni przychód z tytułu leczenia jednego pacjenta, wynikający z rozliczeń z LOW NFZ, wyniósł od 1,8 tys. zł w 2012 r. do 1,3–1,4 tys. zł w pozostałych latach.
- W **Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego leczono w trzech oddziałach: Pulmonologii z Pododdziałem Alergologii Oddechowej, Pulmonologicznym z Pododdziałem Gruźlicy oraz Klinice Pulmonologii – Oddział Pulmonologiczny. Dysponowały one łącznie 145 łóżkami, a stopień ich wykorzystania w poszczególnych oddziałach mieścił się w przedziale od 66,7% do 74,7% na koniec 2012 r. oraz od 54,2% do 80,1% na 30 czerwca 2015 r. Na POChP leczono 511 osób, w tym: 192 kobiety i 319 mężczyzn; najwięcej pacjentów (97,7%) było w wieku: 50–59 lat – 56 osób, 60–65 lat – 115 i powyżej 65 lat – 328 osób.

²¹⁷ 5.649 w 2012 r., 4.807 w 2013 r., 2.476 w I półroczu 2015 r.

Długość średniego pobytu pacjenta z POChP w szpitalu zmniejszyła się z 101 dni do 84 dni, tj. o 16,8%, a średni koszt leczenia jednego pacjenta kształtował się od 28.971,48 zł w 2012 r. do 25.512,81 zł w 2015 r.

- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach**, w latach 2012–2015 (do 30 czerwca) średnia długość pobytu pacjenta z POChP wynosiła od 8,60 do 9,36 dni. Koszt leczenia jednego przykładowego pacjenta z POChP wynosił od 7.658,67 zł do 5.293,68 zł w I połowie 2015 r., przy pobycie w Szpitalu odpowiednio: 24 i 20 dni. Przychody uzyskane z NFZ z tytułu leczenia tych pacjentów w kwocie 2.496 zł w 2012 r. i po 1.872 zł w latach 2013–2015 nie pokrywały rzeczywistych kosztów ich udzielania.

W trakcie hospitalizacji z powodu POChP zmarło łącznie 1.866 osób, w tym: 572 w 2012 r., 565 w 2013 r., 461 w 2014 r. i 268 w I połowie 2015 r.

Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc

W badanym okresie tylko cztery podmioty lecznicze²¹⁸ (33,3% objętych kontrolą) podjęły działania w celu utworzenia pododdziału leczenia niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (dalej również „NWM”), ale tylko w jednym z nich – Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy (w Oddziale Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania) cztery utworzone stanowiska²¹⁹ były wykorzystywane do leczenia niewydolności oddychania metodą NWM.

- W **Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie**, z uwagi na niską wycenę przez NFZ świadczenia „Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM)”, zrezygnowano z zatrudniania dodatkowego personelu pielęgniarskiego, mimo że wcześniej utworzono cztery stanowiska z wyposażeniem określonym w poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zdaniem Dyrektora Instytutu zaproponowana przez NFZ wycena tego świadczenia jako nowej grupy JGP D45 była rażąco niska i nie pokrywała nie tylko rzeczywistych kosztów leczenia, ale także kosztów wyodrębnionej opieki pielęgniarskiej, tak kluczowej w monitorowaniu tej formy terapii. Postulaty pulmonologów uczestniczących przy formułowaniu wymagań NWM zakładały wycenę tego świadczenia na 130–140 pkt rozliczeniowych, co nie znalazło zrozumienia w NFZ. W efekcie programy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej praktycznie w Polsce nie są realizowane.
- W **Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach** w 2014 r. wyposażono Oddział w respirator, wynajęty od prywatnego podmiotu²²⁰, (miesięczny koszt najmu – 100 zł netto), skierowano dwie pielęgniarki na dwudniowy kurs „Podstawy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w leczeniu ostrej i zaostrzeniu przewlekłej niewydolności oddychania” oraz w 2015 r. pozyskano od organizacji pozarządowej²²¹ darowiznę w kwocie 40,0 tys. zł na zakup dwóch respiratorów, dwóch masek ustno-nosowych oraz dwóch masek nosowych.
- W **Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** („Zespół”), w celu stworzenia warunków do wdrożenia metody NWM w zaostrzeniu POChP, wystąpiono m.in. do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, umożliwiającą rozliczanie z NFZ nieinwazyjnej wentylacji przez szpitale, które nie posiadają oddziałów intensywnej opieki medycznej, a jedynie stanowisko intensywnej terapii. Opracowano także strategię rozwoju na lata 2016–2020, w której przewidziano m.in. utworzenie oddziału intensywnej terapii ze stanowiskami do leczenia pacjentów w stanach zagrożenia życia z zastosowaniem metody NWM w ramach umów z NFZ. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Zespołu podał m.in., że okresowo w posiadaniu Zespołu są urządzenia do NWM, nieopłatnie użyczone przez firmę zewnętrzną, a personel medyczny posiada przeszkolenie do stosowania tej metody. Przewidziane w strategii rozwoju utworzenie oddziału intensywnej terapii pozwoli realizować nieinwazyjną wentylację.

²¹⁸ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

²¹⁹ Zgodnie z wymaganiami określonymi w poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Stanowiska wyposażone były m.in. w respirator oraz urządzenie umożliwiające przyłózkowe monitorowanie EKG, liczby oddechów, ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną oraz wysyceniaoksyhemoglobiny tlenem metodą przezskórną.

²²⁰ W dniu 22 maja 2014 r.

²²¹ W dniu 16 października 2015 r.

W latach 2014–2015 (I półrocze), w **Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii (KPCP)**, metodą NWM leczono łącznie 138 pacjentów w trakcie 147 hospitalizacji. Najkrótsza z nich trwała jeden, a najdłuższa 66 dni. Z tytułu realizacji świadczeń – Leczenie niewydolności oddychania (JGP D45), przy zastosowaniu NWM u dorosłych, KPCP uzyskało przychody w łącznej kwocie 597,5 tys. zł, z tego 340,7 tys. zł w 2014 r. i 256,8 tys. zł w I półroczu 2015 r. Według wyliczeń KPCP, na podstawie dokumentacji medycznej, koszty leczenia pacjentów metodą NWM w I półroczu 2015 r. wyniosły 433,1 tys. zł i były wyższe od uzyskanych przychodów o 176,3 tys. zł. Mimo braku obowiązku dyrektor KPCP zdecydowała się na stworzenie warunków do leczenia niewydolności oddychania przy zastosowaniu NWM, gdyż KPCP jest jedynym ośrodkiem w województwie kujawsko-pomorskim zajmującym się kompleksową diagnostyką i leczeniem chorych płuc. Wśród hospitalizowanych chorych znaczną część, tj. blisko 40%, stanowią chorzy z zaostrzeniem POCHP, często z ostrą lub zaostrzeniem przewlekłej niewydolności oddychania. Dyrektor KPCP wyjaśniła, że metoda NWM jest alternatywą dla wentylacji mechanicznej wymagającej intubacji chorego na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, których koszty funkcjonowania są bardzo wysokie. Metaanaliza opracowana przez Instytut Cochrane kontrolowanych badań wykazała, że u chorych leczonych NWM, w porównaniu do leczenia tradycyjnego, nastąpiło zmniejszenie ryzyka zgonu o 48%, konieczności intubacji o 59%, niepowodzenia leczenia o 52%, wystąpienia powikłań związanych z leczeniem o 62% oraz skrócenie czasu hospitalizacji o 3,24 dnia. Wobec mocnych dowodów naukowych, NWM uznana została jako terapia z wyboru w leczeniu zaostrzenia POCHP i rekomendowana jest zarówno w wytycznych m.in. Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, jak i raportu Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

W **Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy (KPCP)** pacjentom leczonym w Oddziale Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania nie zapewniono całodobowej opieki lekarza specjalisty chorób płuc.

- *Leczenie szpitalne pacjentów z POCHP prowadzone było w trzech oddziałach o profilu gruźlicy i chorób płuc, w tym głównie na Oddziale Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania. Oddział ten, przez 7 dni z 77 objętych badaniem kontrolnym, realizował świadczenia²²² nie zapewniając całodobowo wymaganej opieki lekarza specjalisty chorób płuc lub specjalisty chorób wewnętrznych w trakcie drugiego roku specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w leczeniu NWM, tj. niezgodnie z wymaganiami określonymi w poz. 29 załącznika nr 4 do rozporządzenia²²³ Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i poz. 13.5 załącznika nr 3 do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zdaniem Dyrektora, w KPCP każdego dnia jest dwóch lekarzy dyżuru pulmonologicznego obejmujących dyżurem Oddział Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania. NIK zwraca uwagę, że drugi z lekarzy dyżurujących wyznaczony był do pełnienia dyżuru na Izbie Przyjęć.*

Opłacalną finansowo formą leczenia przy zastosowaniu NWM była ambulatoryjna tlenoterapia, finansowana przez NFZ, w ramach programu „Domowego leczenia tlenem”.

- **Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi (dalej „Szpital”),** w latach 2012–2013, własnymi siłami świadczył takie usługi dla mieszkańców województwa łódzkiego. W latach 2014–2015 Szpital zawarł umowę z podwykonawcą, co zapewniło pełną realizację zakontraktowanych świadczeń, ale miało wpływ na zmniejszenie zysku z tej działalności. W 2012 r. Szpital uzyskał 528,4 tys. zł zysku, natomiast w I półroczu 2015 r. jedynie 110,3 tys. zł.

²²² Z grupy D45.

²²³ Pn. „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń”.

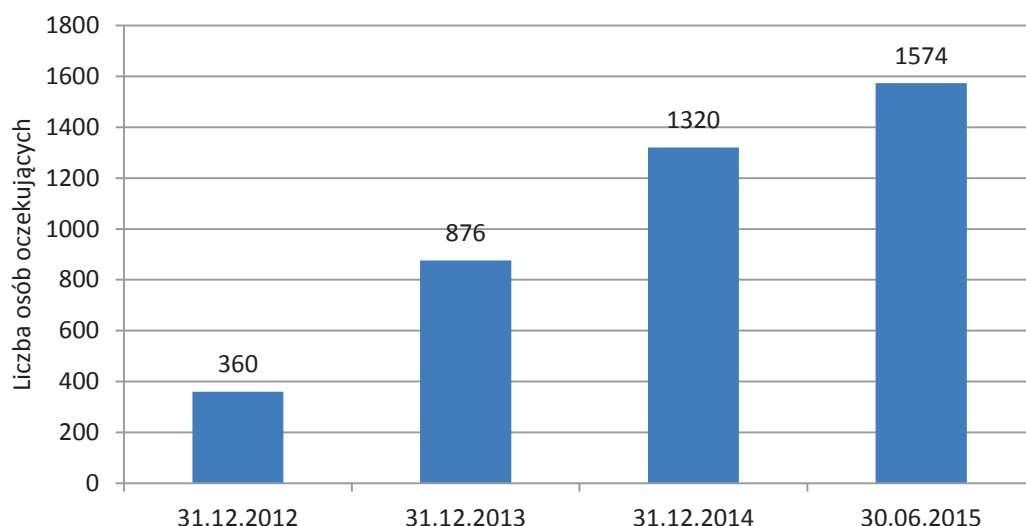
3.3.4. Działania podejmowane na rzecz zapewnienia dostępności leczenia szpitalnego chorób układu oddechowego u dorosłych i dzieci

Jednym z istotnych wskaźników dostępności jest czas oczekiwania na udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.

W oddziałach chorób płuc i gruźlicy (dla dorosłych) liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc (POChP) wzrosła z 360 osób na koniec 2012 r. do 1.574 osób na koniec czerwca 2015 r. W porównaniu z sytuacją sprzed trzech lat, liczba oczekujących na koniec czerwca 2015 r. wzrosła ponad czterokrotnie, a średni czas oczekiwania na hospitalizację wydłużył się o 110,4% dla przypadków stabilnych²²⁴ i o 63,8% dla przypadków pilnych²²⁵.

Rysunek nr 12

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych (wg stanu na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.)



Źródło: Dane NIK.

Na dzień 30 czerwca 2015 r. w pięciu podmiotach leczniczych²²⁶ z 12 objętych kontrolą (41,7%) świadczenia były udzielone pacjentowi w dniu jego zgłoszenia do szpitala. W pozostałych 7 podmiotach (58,3%) prowadzone były listy oczekujących. Najwięcej pacjentów oczekiwało na przyjęcie do oddziału chorób płuc i gruźlicy (dla dorosłych), zajmującego się leczeniem m.in. POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego, przy czym najdłuższe kolejki występowały w:

- Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy oczekiwało 918 osób ze średnim czasem oczekiwania 119 dni dla przypadków stabilnych i 55 dni dla przypadków pilnych,
- Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – 284 osób, ze średnim czasem oczekiwania 27 dni dla przypadków stabilnych i 27 dni dla przypadków pilnych;

²²⁴ Z 15,4 dni do 32,4 dni.

²²⁵ Z 14,5 dni do 23,75 dni.

²²⁶ Szpital Wojewódzki w Łomży, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, Wojewódzki Szpital im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu.

- Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie – 133 osób, ze średnim czasem oczekiwania 32 dni dla przypadków stabilnych; a w przypadkach pilnych przyjmowano pacjentów bez kolejki;
- Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku – 131 osób, ze średnim czasem oczekiwania 15 dni dla przypadków stabilnych i 7 dni dla przypadków pilnych;
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie – 101 osób, ze średnim czasem oczekiwania 13 dni dla przypadków stabilnych; a w przypadkach pilnych przyjmowano pacjentów bez kolejki.
- *W Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, na dzień 30 czerwca 2015 r., liczba oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego do I – IV Kliniki Chorób Płuc, specjalizujących się w leczeniu chorób układu oddechowego m.in. POChP, mukowiscydozy, sarkoidozy, wynosiła 284 osoby, a średni czas oczekiwania – 27 dni dla przypadków stabilnych i 27 dni dla przypadków pilnych. Z wyjaśnienia Dyrektora Instytutu wynika, że wprowadzone do kontraktów limity zakupu świadczeń powodują, że jednostki, w tym Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, które cieszą się dobrą opinią, przeżywają silny napór pacjentów, dodatkowo powiększony zniesieniem przed laty poziomów referencyjnych. Fundusz w rozliczeniach ze szpitalami / przychodniami dawnego I stopnia referencyjnego oraz z jednostkami dawnego III stopnia referencyjnego, stosuje te same stawki. Ma to fatalny skutek dla budżetów jednostek dawnego III stopnia, które z racji zatrudnienia wielu pracowników z wysokimi kwalifikacjami oraz posiadania zaawansowanego sprzętu, mają wysokie koszty gotowości. W tej sytuacji powiększanie bazy do realizacji świadczeń (m.in. przez zatrudnienie dodatkowych lekarzy i pielęgniarzy), aby skrócić listy oczekujących, byłoby działaniem destrukcyjnym dla i tak już trudnej sytuacji ekonomicznej Instytutu.*
- *W Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy (KPCP) na hospitalizację w sześciu oddziałach o profilu gruźlicy i chorób płuc oczekiwało na koniec I półrocza 2015 r. 918 pacjentów, na koniec 2014 r. – 693 pacjentów, na koniec 2013 r. – 525 pacjentów, a na koniec 2012 r. – 100 pacjentów. Kolejkę tworzyli głównie (w ok. 90%) pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia na Oddziale Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania, zajmującego się m.in. leczeniem POChP i innych obturacyjnych chorób układu oddechowego. Średni rzeczywisty czas na udzielenie świadczenia w tym oddziale wydłużył się do 55 dni dla przypadków pilnych i 126 dni dla przypadków stabilnych²²⁷.*
- *Jak wyjaśniła Koordynator Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania, najliczniejszą grupę w kolejce stanowią chorzy z podejrzeniem obturacyjnego bezdechu sennego, u których konieczne jest wykonanie polisomnografii. Pracownia Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu wyposażona jest w cztery łóżka z polisomnografią, a więc tygodniowo wykonywanych jest planowo 20 badań. Liczba chorych kierowanych na diagnostykę wzrasta, ze względu na narastający problem zaburzeń oddychania w czasie snu, jak i z powodu zbyt małej liczby ośrodków w Polsce wykonujących to badanie. Kolejna grupa chorych, której liczebność wzrosła w ostatnim roku, to pacjenci zdiagnozowani w innych ośrodkach, a kierowani do KPCP w celu rozpoczęcia leczenia. Dzieje się tak dlatego, że większość oddziałów szpitalnych skupia się na prowadzeniu diagnostyki OBS, gdyż jest to określone grupą JGP, natomiast nie podejmuje leczenia, gdyż nie ma takiego świadczenia określonego grupą JGP.*
- *W Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie²²⁸, według raportów z list oczekujących przekazanych do NFZ, na koniec 2012 r., 2013 r. i 2014 r. oraz czerwca 2015 r., na hospitalizację w zakresie chorób płuc oczekiwało odpowiednio: 114 osób (średni czas oczekiwania 24 dni), 159 osób (37 dni), 102 osoby (43 dni) i 133 osoby (32 dni). Według Dyrektora Szpitala przyczyną powstania kolejek są ograniczenia w liczbie leczonych pacjentów ze względu na kontrakt z NFZ, obowiązek udzielania świadczeń pilnych związanych z ratowaniem zdrowia i życia, a także świadczenie usług w zakresie diagnostyki i leczenia bezdechu sennego.*

W badanym okresie, w podmiotach leczniczych udzielających świadczenia w zakresie gruźlicy płuc²²⁹ (dla dorosłych i dla dzieci), nie było kolejki oczekujących, gdyż świadczenia były im udzielane na bieżąco, co pozwala pozytywnie ocenić dostępność tych świadczeń.

²²⁷ Na dzień 30 czerwca 2015 r.

²²⁸ POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego leczono na trzech oddziałach: Oddziale Pulmonologii z Pododdziałem Alergologii Oddechowej, Oddziale Pulmonologicznym z Pododdziałem Gruźlicy oraz Klinice Pulmonologii – Oddział Pulmonologiczny.

²²⁹ Pacjentom chorym na gruźlicę płuc w okresie prątkowania.

- W **Wojewódzkim Szpitalu im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu**, do oddziału nie było kolejki oczekujących. Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego i Kadr wyjaśnił, że pacjenci przyjmowani byli bezzwłocznie, z uwagi, iż byli to pacjenci głównie z pogorszeniem POChP, gruźlicą, chorobami nowotworowymi, którzy wymagali natychmiastowej pomocy. Oddział zawsze przygotowany był na przyjęcie większej liczby pacjentów niż przewiduje kontrakt. W razie konieczności dostawiane były dodatkowe łóżka.

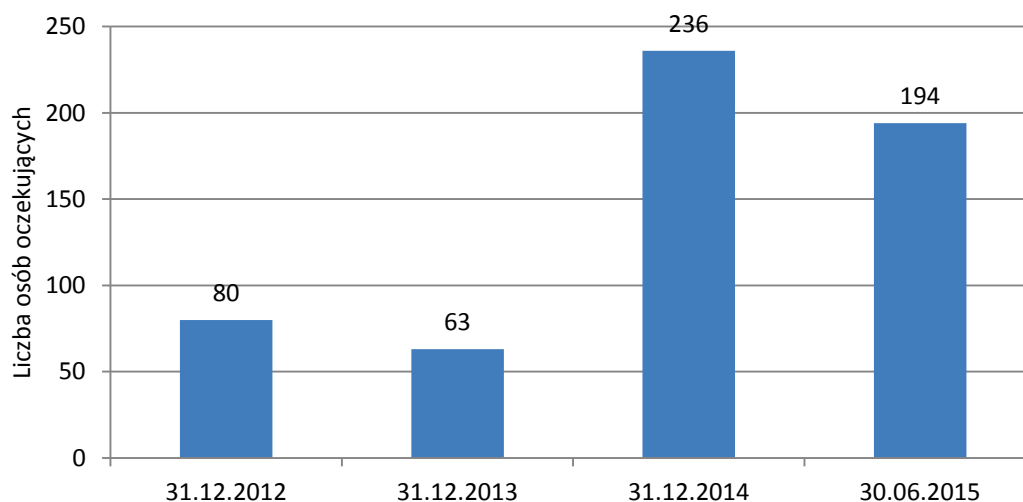
Na koniec 2012 r. tylko w jednym podmiocie leczniczym, z 8 objętych kontrolą²³⁰, tj. w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Bartoszycach, na udzielenia świadczenia w oddziale gruźlicy i chorób płuc (dla dzieci) oczekiwało sześćcioro dzieci ze średnim czasem oczekiwania 87 dni dla przypadków stabilnych. W latach 2013–2015 (I półrocze), świadczenia w tych oddziałach były udzielane na bieżąco, bez oczekiwania w kolejce.

- W **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie** przyjęcia do Oddziału Chorób Zakaźnych Dziecięcych, wg stanu na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i czerwca 2015 r., odbywały się na bieżąco i nie było kolejki oczekujących.

W czterech podmiotach leczniczych²³¹, z jedenastu objętych kontrolą (36,4%), udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego, w tym nowotworu płuca, liczba oczekujących pacjentów wzrosła z 80 osób na koniec 2012 r. do 194 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o 142,5%, a średni czas oczekiwania na hospitalizację wydłużył się z 45,7 dni do 49,75 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 8,9%. W pozostałych siedmiu podmiotach²³² pacjenci mieli zapewniony bieżący dostęp do tych świadczeń.

Rysunek nr 13

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach onkologicznych dla dorosłych (wg stanu na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r.)



Źródło: Dane NIK.

²³⁰ Szpitale, w których leczono dzieci.

²³¹ W Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie, Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie.

²³² W Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Wojewódzkim Szpitalu im. Prymasa S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie, Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach, Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi.

Najdłuższe kolejki występowały w:

- Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – oczekiwały 92 osoby na przyjęcie do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej specjalizującej się w leczeniu m.in. nowotworów układu oddechowego, ze średnim czasem oczekiwania 18 dni dla przypadków stabilnych i 3 dni dla przypadków pilnych;
 - Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie – 88 osób, ze średnim czasem oczekiwania 170 dni dla przypadków stabilnych i 34 dni dla przypadków pilnych;
 - Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie – 13 osób, ze średnim czasem oczekiwania 5 dni dla przypadków stabilnych i 0 dni dla przypadków pilnych.
- W **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie** w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego wzrosła z 21 osób (przy średnim czasie oczekiwania dla przypadków stabilnych – 52 dni i przypadków pilnych – 27 dni) w 2012 r. do 88 osób (170 dni dla przypadków stabilnych i 34 dni dla przypadków pilnych)²³³ na koniec czerwca 2015 r. Dłuższe oczekiwanie na świadczenie przez pacjentów ze statusem „przypadek pilny” wynikało z ograniczonej liczby miejsc na Pododdziale Intensywnej Opieki Pooperacyjnej. Według lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Klatki Piersiowej, miejsca te były zablokowane przez chorych pourazowych (było ich więcej niż w latach poprzednich), co skutkowało wydłużeniem okresu oczekiwania na operacje w przypadkach pilnych.
 - W **Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** na przyjęcie do Oddziału Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii w zakresie onkologii klinicznej oczekiwało: 56 osób (11 dni) na koniec 2012 r., 0 osób na koniec 2013 r., dwie osoby (siedem dni) na koniec 2014 r. i 13 osób (pięć dni) na koniec czerwca 2015 r. Wszystkie osoby oczekujące zostały zakwalifikowane do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Doposażenie **Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc** (PCCHP) w aparaturę medyczną w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) nie spowodowało skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób nowotworowych układu oddechowego, natomiast poprawiła jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

- W latach 2012–2015 **Podkarpackie Centrum Chorób Płuc** (PCCHP), na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia na realizację zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii w ramach NPZChN”, zakupiło łącznie 20 sztuk aparatury medycznej oraz drobnego sprzętu medycznego za łączną kwotę 2.397.793,70 zł, w tym środki z NPZChN – 1.989.789,61, środki z Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego – 378.123,32 zł i środki własne – 29.880,83 zł. Wykorzystanie środków z NPZChN wynosiło od 88,9% w 2014 r. do 97% w 2013 r. Analiza list osób oczekujących na udzielenie świadczenia w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej wykazała, że średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych, wzrósł z poziomu 0 dni w 2012 r. do 21 dni w 2014 r. i 12 dni na koniec października 2015 r. Podobnie w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc – średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrósł z 22 dni w 2012 r. do 60 dni w 2014 r. i 132 dni w 2015 r.

Prawidłowość prowadzenia list oczekujących na świadczenia udzielane w trybie hospitalizacji w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz chorób nowotworowych układu oddechowego

W 10 podmiotach leczniczych²³⁴ z 12 objętych kontrolą, tj. 83,3%, listy oczekujących na leczenie szpitalne spełniały wymagania art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a) – i) oraz art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Rejestracja pacjentów odbywała się na bieżąco, z rozróżnieniem przypadków stabilnych i pilnych, oraz z uwzględnieniem zasad prowadzenia kolejki oczekujących na świadczenia wprowadzone przez NFZ.

²³³ W 2013 r. – 49 osób (średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio: 25 i 37 dni), w 2014 r. – 83 osoby (0 i 35 dni).

²³⁴ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie, Wojewódzki Szpital w Chęcinach, Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, Szpital Wojewódzki w Łomży, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Szpital Wojewódzki im. S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

Nierzetelne prowadzenie list oczekujących na leczenie szpitalne stwierdzono w dwóch podmiotach leczniczych²³⁵ (16,7%). Skutkiem niewłaściwie prowadzonej dokumentacji dotyczącej kolejności udzielania świadczeń było przekazywanie do NFZ comiesięcznych raportów statystycznych zawierających nieprawdziwe dane o liczbie pacjentów oczekujących i czasie oczekiwania, co NIK ocenia negatywnie.

- W **Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie** nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń. Polegały one na nieodnotowywaniu w nich na bieżąco daty udzielenia świadczenia lub rezygnacji pacjenta, a tym samym skreślenia z ww. listy.²³⁶ W listach tych nie odnotowywano również zmian planowanego terminu udzielenia świadczenia wraz z podaniem ich przyczyn. Skutkowało to przekazaniem NFZ nierzetelnych danych o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenia²³⁶.

W kontrolowanym okresie trzy podmioty lecznicze²³⁷ nie dokonywały oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia, mimo obowiązku wynikającego z art. 21 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim** nie dokonywano, co najmniej raz w miesiącu, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia²³⁸ i nie sporządzano raportów z takiej oceny, co było niezgodne z art. 21 ust. 1, 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Trzy podmioty lecznicze²³⁹ z 12 skontrolowanych (25%) przekazywały NFZ raporty statystyczne dotyczące liczby oczekujących na udzielenie świadczenia z opóźnieniem, co stanowiło naruszenie § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

- W **Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku** miesięczne sprawozdania statystyczne dotyczące liczby oczekujących na udzielenie świadczenia za okres kwiecień 2015 r. (AOS i Szpital) były przekazane z miesięcznym opóźnieniem, z powodu trudności w działaniu systemu informatycznego Szpitala, o czym Centrum informowało MOW NFZ.
- W **Szpitalu Wojewódzkim w Łomży** raporty statystyczne o stanie kolejek za styczeń, luty i kwiecień 2013 roku oraz luty, marzec, kwiecień, maj i czerwiec 2012 roku zostały przekazane do NFZ z opóźnieniem od jednego do czterech dni w stosunku do terminu określonego w § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców. Informatyk odpowiedzialny za przekazywanie raportów wyjaśnił, że powodem nieterminowego złożenia raportów były problemy techniczne ze złączem internetowym i oprogramowaniem. O braku możliwości terminowego złożenia raportów każdorazowo był powiadamiany NFZ.

²³⁵ Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach.

²³⁶ W listach oczekujących za czerwiec 2013 r., marzec 2014 r. i czerwiec 2015 r. nie wypełniono wszystkich pozycji, tj. rozpoznania lub powodu przyjęcia (dotyczyło to 71,8% osób oczekujących), przyczyny skreślenia (84,4%), adresu zamieszkania (2,1%) oraz numeru telefonu lub innego sposobu komunikacji z pacjentem (4,7%). Skreślenia na listach oczekujących nie były dokonywane na bieżąco. Spośród 146 osób ujętych na nich na 30 czerwca 2015 r.:

- nie skreślono czterech osób, pomimo udzielenia im już świadczeń zdrowotnych w 2014 r. oraz w kwietniu i lipcu 2015 r.,
- nie skreślono ośmiu osób bezpośrednio w dniu przyjęcia na hospitalizację, lecz od 3 do 37 dni później,
- skreślono jedną osobę po 545 dniach od przyjęcia jej na hospitalizację.

Niedokonywanie skreśleń pacjentów w momencie rozpoczęcia udzielania świadczenia było niezgodne z § 25 pkt 11 Regulaminu organizacyjnego Zespołu i skutkowało przekazywaniem do NFZ niezgodnych ze stanem faktycznym danych w zakresie liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (w rzeczywistości kolejki i czas oczekiwania były krótsze).

²³⁷ Kujawsko Pomorskie Centrum Pulmonologii (Centrum takiej oceny nie dokonywało okresowo), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

²³⁸ Pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia i zasadności oraz przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

²³⁹ Szpital Wojewódzki w Łomży, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, Szpital Powiatowy im. Władysława Biegańskiego w Iławie.

- **Szpital Powiatowy im. Władysława Biegańskiego w Iławie** przekazywał do NFZ miesięczne raporty o liczbie oczekujących z opóźnieniem od jednego do 18 dni. Dotyczyły one: grudnia 2012 r., wszystkich miesięcy w 2013 r., pięciu miesięcy w 2014 r. oraz stycznia, kwietnia i maja 2015 r. Niedotrzymanie obowiązujących terminów przesyłania tych raportów wynikało z przedłużającej się procedury wdrażania systemu informatycznego Szpitala. Począwszy od czerwca 2015 r., raporty były przekazywane do NFZ w wymaganych terminach.

Jedenaście podmiotów leczniczych z 12 objętych kontrolą²⁴⁰ (91.7%) nie informowało pisemnie pacjentów zapisujących się na udzielanie świadczeń o terminie jego udzielenia, bądź zmianie terminu oraz nie uzasadniało pisemnie przyczyny wyboru tego terminu, do czego zobowiązuje art. 20 ust. 2 pkt. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

- **Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie** nie informował pisemnie pacjentów o terminie udzielenia świadczeń. Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że w kontekście rzeczywistego funkcjonowania list oczekujących, stawiane przez NFZ wymaganie informowania wszystkich oczekujących pacjentów o zmianach w terminie planowanej hospitalizacji jest całkowicie nierealistyczne. Wiązałoby się z codziennym wykonywaniem dużej liczby telefonów i wysyłaniem listów o zachodzących zmianach, co całkowicie sparaliżowałoby funkcjonowanie sekretariatów klinik. Długie terminy oczekiwania najczęściej wynikają z niemożności stawienia się pacjenta w proponowanym terminie. Kilkakrotna odmowa hospitalizacji w proponowanym terminie, kończąca się rezygnacją z leczenia, jest najczęstszą przyczyną skreślenia z listy oczekujących.

²⁴⁰ Tylko Szpital Powiatowy im. Jana Pawła w Bartoszycach informował pacjentów w formie pisemnej o terminie udzielenia świadczenia.

4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano materiały i analizy zgromadzone w trakcie kontroli rozpoznawczej „Funkcjonowanie Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” (Nr R/15/001) oraz ogólnodostępne dane statystyczne, materiały i opracowania.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 24 września 2015 r. do 21 stycznia 2016 r. (data wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 17 kontrolowanych jednostek. W związku z przeprowadzoną w Ministerstwie Zdrowia kontrolą pn. „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego”, w dniu 16 lutego 2016 r. Minister Zdrowia złożył pięć zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego²⁴¹. Zgodnie z uchwałą Nr 15/2016, Kolegium NIK na posiedzeniu w dniu 23 marca 2016 r. częściowo uwzględniło 4 zastrzeżenia i jedno oddaliło w całości²⁴².

Sformułowano łącznie 35 wniosków pokontrolnych.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia wnioskowano o:

1. podjęcie działań w celu wydania rozporządzenia w sprawie tworzenia i prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca,
2. opracowanie Programu badań wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej CT, zgodnie ze schematem określonym w zarządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych,
3. zawieranie umów z realizatorami programów zdrowotnych, w terminach określonych w harmonogramach zadań,
4. opracowanie i przyjęcie do realizacji Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc, poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji (PNW), do czego zobowiązywał NPZ,
5. podjęcie działań w kierunku poprawy dostępności do badań profilaktycznych w zakresie gruźlicy i POChP,
6. podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmian w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w celu wprowadzenia obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy,
7. rozważenie włączenia specjalizacji w dziedzinie chorób płuc do specjalizacji priorytetowych.

Do kierowników podmiotów leczniczych wnioskowano m.in. o:

1. rzetelne sporządzanie ofert składanych w konkursach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
2. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
3. bieżące i rzetelne zgłaszanie NFZ danych o potencjale kadrowym i sprzęcie wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
4. dostosowanie Oddziału Pulmonologii do wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

²⁴¹ Nr KZD.410.007.01.2015. z dnia 26 stycznia 2016 r.

²⁴² Uchwała Nr 15/2016 przesłana została Ministrowi Zdrowia przy piśmie Sekretarza Kolegium NIK z dnia 5 kwietnia 2016 r.

5. dokonywanie, co najmniej raz w miesiącu, ocen list oczekujących na udzielenie świadczeń pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń oraz sporządzanie raportów z tych ocen,
6. zaprzestanie podwójnego finansowania personelu medycznego,
7. egzekwowanie od lekarzy udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
8. bieżące wprowadzanie danych do Portalu Potencjału,
9. powiadamianie NFZ o braku możliwości udzielania świadczeń oraz informowanie o zmianach określonych w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminach wskazanych w § 6 ust. 2 oraz § 9 ust. 5 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów,
10. udzielanie świadczeń wyłącznie podwykonawcom ujętym w załączniku nr 3 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
11. rzetelne prowadzenie i weryfikowanie list oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych,
12. dostosowanie zasad informowania pacjentów rejestrujących się osobiście i telefonicznie o terminie udzielenia świadczenia do obowiązujących przepisów,
13. podjęcie działań zmierzających do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, w tym wyodrębnienie pomieszczenia głównego, w którym powinno się utworzyć punkt odbioru i punkt rozdziału materiałów do badań.

Na dzień 22 czerwca 2016 r., spośród 35 wniosków – 10 zrealizowano, 14 było w trakcie realizacji, a 11 nie zrealizowano.

Ponadto, do dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, po przeprowadzeniu kontroli doraźnej rozpoznawczej R/15/001, wnioskowano o realizację 12 wniosków pokontrolnych, w tym m.in. o:

1. dostosowanie planu finansowego Instytutu do wymagań określonych przepisami art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,
2. ustalanie planu finansowego Instytutu na dany rok budżetowy w terminie umożliwiającym Radzie Naukowej wydanie opinii, a Instytutowi rozpoczęcie jego realizacji od początku roku kalendarzowego, stosownie do art. 18 ust. 10 ustawy o instytutach badawczych,
3. bieżące analizowanie wykonania planu finansowego i dokumentowanie wyników tych analiz,
4. podjęcie działań mających na celu zmniejszenie straty finansowej Instytutu, w tym opracowanie programu naprawczego,
5. opracowanie programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Instytutu do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
6. wprowadzenie do umów zlecenia na koordynację Programu wczesnego wykrywania raka płuca i koordynację zadania, postanowień określających zakres zadań, terminy ich wykonania oraz sposób potwierdzenia wykonania zleconych zadań,
7. przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz wprowadzenie stosownych klauzul w umowach zlecenia z osobami fizycznymi wprowadzającymi dane kliniczne i histopatologiczne pacjentów chorych na raka płuca do Krajowego Rejestru Raka Płuca,

8. opracowanie „Kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych” oraz „Perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej”,
9. podjęcie działań w celu umożliwienia świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia,
10. podjęcie działań na rzecz uzupełnienia niedoboru lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i radiologii w Instytucie,
11. upoważnienie pracownika do dokonywania oceny list oczekujących w Przychodni Przyklinicznej Instytutu w Warszawie, co najmniej raz w miesiącu.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym wyniosły ogółem 4.862,2 tys. zł, w tym:

- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 4.806,2 tys. zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 56,2 tys. zł.

W finansowych rezultatach kontroli uwzględniono kwotę nieprawidłowości ustaloną w wyniku kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia.

Stan prawny dotyczący kontrolowanej działalności

1. Uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. został przyjęty Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, zwany dalej również „NPZ”. W dokumencie tym jako realizatorów NPZ wskazano administrację rządową i samorządową oraz organizacje pozarządowe.

Celem głównym NPZ była „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”. Cel ten planowano osiągnąć przez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego (JST) i organizacji pozarządowych do działania na rzecz zdrowia.

Celami strategicznymi NPZ były m.in.:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych (cel strategiczny Nr 2); docelowym wskaźnikiem dla oceny stopnia realizacji tego celu w 2015 r. był spadek współczynnika zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu nowotworów o 15%;
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (cel strategiczny Nr 6); docelowym wskaźnikiem dla oceny stopnia realizacji tego celu w 2015 r. było obniżenie liczby zgonów z powodu POChP z 2.750 do 2.000 rocznie, tj. o 27%;
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom (cel strategiczny Nr 7); oczekiwanym efektem zdrowotnym do 2015 r. było m.in. zmniejszenie zapadalności na gruźlicę.

Osiągnięciu celów strategicznych służyła realizacja celów operacyjnych.

Funkcję organu koordynującego działania ministerstw i instytucji w realizacji NPZ przypisane zostały Międzyresortowemu Zespołowi Koordynacyjnemu (dalej „Zespół”), powołanemu przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie Zarządzenia nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia²⁴³. Zgodnie z § 2 przywołanego wyżej zarządzenia, realizacja zadań koordynacyjnych Zespołu miała się odbywać m.in. poprzez: okresowe zgłaszanie Radzie Ministrów wniosków i propozycji zmian priorytetów realizacji NPZ, okresowe ocenianie postępów realizacji zadań określonych w Programie, opracowywanie projektów zmian w NPZ, inicjowanie przedsięwzięć służących upowszechnianiu założeń Programu, podejmowanie działań we obszarze dostosowywania zasad monitorowania sytuacji zdrowotnej ludności do zasad rekomendowanych dla państw członkowskich Unii Europejskiej. Zespołowi przewodniczył Prezes Rady Ministrów, a funkcję wiceprzewodniczącego sprawował Minister Zdrowia²⁴⁴. Zgodnie z § 2 regulaminu pracy Zespołu, obsługę organizacyjno-techniczną Zespołu oraz przygotowywanie materiałów

²⁴³ Zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia; zmieniane było odpowiednio zarządzeniami Prezesa Rady Ministrów: nr 38 z dnia 3 kwietnia 2006 r.; nr 34 z dnia 27 marca 2008 r., nr 77 z dnia 3 listopada 2010 r., nr 89 z dnia 10 października 2012 r. – dalej: „zarządzenie nr 108”.

²⁴⁴ W praktyce, w okresie objętym kontrolą, pracami Zespołu kierował Minister Zdrowia lub upoważniony przez niego sekretarz stanu.

i informacji zbiorczych miał zapewniać Departament Zdrowia Publicznego w MZ²⁴⁵. Zespół został zobowiązany²⁴⁶ do składania rocznych sprawozdań ze swej działalności w terminie do 31 marca, które powinny obejmować m.in. wyniki monitorowania efektów wynikających z realizacji NPZ.

Środki finansowe na realizację przyjętych celów strategicznych i operacyjnych miały być wygospodarowane przez realizatorów NPZ, w zależności od ich potrzeb i możliwości, przy czym środki finansowe na realizację celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych zaplanowano w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych.

2. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2006–2015²⁴⁷, zwana dalej „ustawą o ustanowieniu NPZChN”, określiła zakres działań na rzecz zwalczania chorób nowotworowych, źródła finansowania, sposób realizacji oraz monitorowanie ich skuteczności.

Głównym celem Programu było zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory oraz osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia.

Celem NPZChN, zgodnie z art. 2 pkt 1–5 ww. ustawy, było:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia;
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych jego regionach.

Zgodnie z art. 3 pkt 3 i 5 ustawy o ustanowieniu NPZChN, w ramach Programu podejmowane były działania dotyczące m.in.:

- zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów.

Program realizował minister właściwy do spraw zdrowia, który m.in.:

- określał wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w kolejnych trzech latach (art. 4 pkt 1);

²⁴⁵ Zgodnie z § 8 wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego do zadań Wydziału Medycyny Pracy i Profilaktyki Zdrowotnej należy m.in.: 1) koordynacja działań dotyczących realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia i wypełniania celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia oraz monitoring realizacji zadań i wypełniania celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia; 2) koordynacja prac związanych z przyjęciem edycji Narodowego Programu Zdrowia na kolejne lata, a także nowelizacji obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia; 3) nadzór nad realizacją celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia przypisanych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia jako instytucji odpowiedzialnej; 4) podejmowanie prac związanych z przewodnictwem ministra właściwego do spraw zdrowia w Zespole Koordynacyjnym Narodowego Programu Zdrowia oraz organizowanie spotkań tego Zespołu; 5) przygotowywanie materiałów i informacji zbiorczych z realizacji zadań i oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

²⁴⁶ Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów nr 34 z dnia 27 marca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

²⁴⁷ Dz. U. Nr 143 poz. 1200 ze zm. – ustawa obowiązywała do 31 grudnia 2015 r.

- opracowuje projekt harmonogramu zadań na kolejny rok budżetowy i kierunki realizacji zadań na następne dwa lata (art. 4 pkt 2);
- koordynował współpracę między wszystkimi podmiotami realizującymi poszczególne działania wynikające z Programu (art. 4 pkt 3);
- dokonywał wyboru realizatorów Programu (art. 4 pkt. 4);
- kontrolował jakość świadczeń finansowanych w ramach Programu (art. 4 pkt 5);
- opracowuje roczne sprawozdania z realizacji Programu (art. 4 pkt 6);
- zapewniał obsługę administracyjną realizacji Programu (art. 4 pkt 7).

Zgodnie z art. 7 ust. 1–3 tej ustawy, NPZChN jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na jego realizację w całym okresie wyniosą 3.000.000 tys. zł z tym, że planowane nakłady z budżetu państwa nie mogą być w poszczególnych latach niższe niż 250.000 tys. zł, a planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na Program.

Realizatorami działań wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa (art. 8 ust. 1) mogą być wszystkie podmioty prawa funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia.

Wyboru realizatorów działań, wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa, dokonuje się w trybie konkursu ofert przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 8 ust. 2 ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN).

Rozpatrzenia ofert i wyłonienia najkorzystniejszej oferty lub ofert na realizację lub koordynację programów dokonują Komisje Konkursowe, powoływane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prace Komisji odbywają się na zasadach określonych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej.

W zakresie nieuregulowanym w ww. ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu, stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu. Do wyboru realizatora działań wynikających z Programu, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 8 ust. 5 i 6 ustawy).

Zadania NPZChN realizowane są na zasadach określonych w zarządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2009 r. i z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy NPZChN. Zgodę na przyjęcie programu (zadania) do realizacji ze środków finansowych ujętych w części 46 – Zdrowie, wyraża minister właściwy do spraw zdrowia, po zapoznaniu się z wnioskiem komórki właściwej i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub kierownictwa Ministerstwa Zdrowia (§ 1 ust. 4). Wniosek komórki właściwej wymaga akceptacji stałego członka kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nadzorującego prace komórki właściwej (§ 1 ust. 5).

3. W okresie objętym kontrolą zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych reguluje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁴⁸, która określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; zasady prowadzenia rejestru tych podmiotów; normy czasu pracy pracowników i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 pkt 1–5).

²⁴⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.

Podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej²⁴⁹ i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zwane dalej również „SPZOZ”, (art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej). Przepisy zawarte w dziale II rozdział 3 tej ustawy pn. „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami” regulują funkcjonowanie m.in. SPZOZ.

Zgodnie z art. 55 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe m.in. na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117. Przepisy art. 114 ust. 1 pkt 1 i pkt 6 tej ustawy stanowią, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań i realizację programów wieloletnich.

Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4–7 ww. ustawy, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną (art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej).

Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem: zgodności z prawem i medycznym lub może zlecić przeprowadzenie takiej kontroli, m.in. wojewodom, konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia²⁵⁰, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra (art. 118 i art. 119 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (m.in. SPZOZ), pod względem zgodności jego działań z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym, sprawuje podmiot tworzący (art. 121 ust. 1 i 2 ww. ustawy).

Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej zostały określone w kolejno obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w tej sprawie z dnia 2 lutego 2011 r.²⁵¹ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁵².

4. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵³, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”, określony został m.in. zakres i warunki udzielania świadczeń medycznych oraz zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń (art. 1 pkt 1–3).

²⁴⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 584, ze zm.

²⁵⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 126.

²⁵¹ Dz. U. Nr 31 poz. 158) – uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.

²⁵² Dz. U. z 2012 r. poz. 739 – obowiązuje od 1 lipca 2012 r.

²⁵³ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 48 ust. 1 tej ustawy, programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować NFZ, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Programy zdrowotne i polityki zdrowotnej dotyczą w szczególności: 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych; 2) istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów; 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) należy m.in.:

- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 1–2, 4–5 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 146, ust. 1–2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert, warunki wymagane od świadczeniodawców, po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu (art. 132 ust. 1 ww. ustawy). Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI ww. ustawy. (art. 132 ust. 2 ww. ustawy).

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Minister Zdrowia określił w rozporządzeniach: z dnia 6 maja 2008 r.²⁵⁴ i z dnia 8 września 2015 r.²⁵⁵ w tej sprawie.

Dodatkowe uregulowania dotyczące warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, programy zdrowotne, zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych²⁵⁶ i w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w ww. rodzaju.

²⁵⁴ Dz. U. Nr 81 poz. 484 – uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r.

²⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, ze zm.) – obowiązuje od 1 stycznia 2016 r.

²⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, ze zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413, ze zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, ze zm.).

Sposób prowadzenia list oczekujących świadczeniobiorców uregulowany został m.in. w art. 20–23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 26 września 2005 r. w tej sprawie²⁵⁷.

5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁵⁸ określa:

- zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie,
- zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 1 tej ustawy).

Zgodnie z art. 2 pkt 3 i 14 tej ustawy, wybrane określenia oznaczają:

- „choroba zakaźna” – chorobę, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy (pkt 3),
- nadzór epidemiologiczny – obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analizę i interpretację informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia (nadzór indywidualny), jak i stałe, systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze ochrony zdrowia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych (nadzór ogólny) – pkt 14.

Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie m.in. do:

1. poddawania się: zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, leczeniu hospitalizacji, izolacji (art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. a – i);
2. zaniechania wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby – jeżeli są osobami zakażonymi, chorymi na chorobę zakaźną lub nosicielami (art. 5 ust. 1 pkt 2);
3. stosowania się do nakazów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (art. 5 ust. 1 pkt 3);
4. udzielania danych i informacji: organom m.in. PIS, jednostkom, o których mowa w art. 30 ust. 1 tej ustawy, oraz ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym – niezbędnym do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi i zapobiegania

²⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

²⁵⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 947, ze zm.

oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych; właściwym państwowym inspektorom sanitarnym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi oraz organom PIS – niezbędnych do prowadzenia nadzoru nad realizacją obowiązków wynikających z art. 5 ust 1 pkt 1–3 powołanej ustawy.

Na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 1–3 tej ustawy, w brzmieniu obowiązującym do dnia 12 grudnia 2015 r., lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia tego faktu: państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej lub państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej.

Przepis art. 27 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁵⁹, w brzmieniu obowiązującym od 12 grudnia 2015 r., stanowi: lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁶⁰, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu²⁶¹. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁶² określił m.in.:

- wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia²⁶³;
- podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- wzory formularzy zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- tryb dokonywania zgłoszeń.

Wzór formularza o symbolu ZLK-2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy określono w załączniku nr 3 do tego rozporządzenia. Zgłoszenie zawiera m.in. dane osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem gruźlicy, informację o wyniku badań: bakteriologicznych płwociny, bakterioskopii/rozmazu, posiewu/hodowli oraz o metodzie wykrycia u chorego gruźlicy,

²⁵⁹ Z dniem 12 grudnia 2015 r. art. 27 ust. 1 ustawy zmieniony przez art. 11 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991).

²⁶⁰ Określone na podstawie art. 27 ust. 9 pkt 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁶¹ Określone na podstawie art. 27 ust. 9 pkt 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁶² Dz. U. poz. 848.

²⁶³ O których mowa w art. 27 ust. 1 i 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

tj. z objawów chorobowych, ze styczności z chorym, w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym), w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe), przy hospitalizacji, w badaniu sekcyjnym, w innych badaniach.

Zgodnie z art. 28 pkt 1–2 i pkt 4 tej ustawy, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie, organizuje transport uniemożliwiający przeniesienia zakażenia na inne osoby, a także niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w brzmieniu obowiązującym do 12 grudnia 2015 r., kierownik laboratorium wykonującego badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych miał obowiązek zgłoszenia dodatniego wyniku badania, w ciągu 24 godzin od momentu uzyskania tego wyniku, państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla siedziby laboratorium, w którym rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Przepisy art. 29 ust. 1 powołanej ustawy²⁶⁴, w brzmieniu obowiązującym od dnia 12 grudnia 2015 r., stanowią: diagnosta laboratoryjny lub inna osoba uprawniona do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego²⁶⁵, są obowiązani do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu²⁶⁶. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wyniku.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokumentowania zgłoszeń²⁶⁷ określił m.in.:

- 56 biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, w tym m.in. *Mycobacterium tuberculosis complex* (prątki gruźlicy),
- okoliczności dokonywania zgłoszenia dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, w tym wykrycie prątków należących do kompleksu *Mycobacterium tuberculosis* w płwocinie lub innym materiale klinicznym pobranym z dróg oddechowych chorego – preparat bezpośredni²⁶⁸,

²⁶⁴ Z dniem 12 grudnia 2015 r. art. 29 ust. 1 ustawy zmieniony przez art. 11 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991).

²⁶⁵ Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 7 pkt 1 ustawy o ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁶⁶ Określonymu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 7 pkt 2 1 ustawy o ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁶⁷ Dz. U. poz. 459.

²⁶⁸ Tj. gruźlica w okresie prątkowania, preparat bezpośredni i wykrycie w materiale klinicznym kwasu nukleinowego prątków należących do kompleksu *Mycobacterium tuberculosis*, izolacja z materiału klinicznego prątków należących do kompleksu *Mycobacterium tuberculosis* wykrycie wielolekooporności typu MDR prątków należących do kompleksu *Mycobacterium tuberculosis*.

- wzór formularza zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych w załączniku nr 2, a dodatniego wyniku badania w kierunku gruźlicy w załączniku nr 3 do tego rozporządzenia.

Zgodnie z § 4 tego rozporządzenia, zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, w tym w kierunku gruźlicy, jest przekazywane również instytutowi badawczemu, ośrodkowi referencyjnemu, wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej lub powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, właściwym ze względu na rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego – w przypadku przekazywania do nich materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego w celu przeprowadzenia dalszych badań.

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni lub wskazane przez nich specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego, zawierający:

- dane ze zgłoszeń²⁶⁹,
- dane uzyskane w ramach indywidualnego nadzoru epidemiologicznego obejmujące:
 - a) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, b) opis okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, c) charakterystykę biologicznego czynnika chorobotwórczego.

Rejestr zawiera dane osób, u których podejrzano albo rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon z tego powodu oraz osób, u których stwierdzono dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych: imię i nazwisko; datę urodzenia; numer PESEL, a w przypadku, gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych (tj. płeć; adres miejsca zamieszkania); rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej; rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego i jego charakterystykę oraz inne informacje istotne dla sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej (art. 30 ust. 3 tej ustawy).

Dane gromadzone w rejestrach zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego są przekazywane w formie raportów o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzaniach

²⁶⁹ O których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 pkt 1.

oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego podmiotom: państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez nich specjalistycznej jednostce, właściwej ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego krajowej specjalistycznej jednostce, właściwej ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej oraz krajowemu punktowi kontaktowemu wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania oraz krajowemu punktowi centralnemu do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, działającemu na podstawie odrębnych przepisów (art. 30 ust. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Sposób prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, zwanego dalej „rejestrem”, sposób udostępniania danych objętych tym rejestrem oraz okres przechowywania tych danych, wzory i terminy przekazywania raportów o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje²⁷⁰.

Raporty o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych są sporządzane przez podmiot prowadzący rejestr co miesiąc, co kwartał oraz co rok (§ 6 ust. 1 rozporządzenia).

Wzór raportu o zakażeniach i zachorowaniach na choroby zakaźne, ich podejrzeń oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Wzór raportu o zgonach z powodu zakażeń lub chorób zakaźnych oraz podejrzeń zgonów z ich powodów określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Wzór raportu o zakażeniach i zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne, ich podejrzeń oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego w kierunku wybranych czynników chorobotwórczych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

Zgodnie z § 6 ust. 5–7 przedmiotowego rozporządzenia, państwowy powiatowy inspektor sanitarny oraz specjalistyczne jednostki wskazane do prowadzenia rejestru przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przekazują państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu raporty, o których mowa w ust. 1, w terminie:

- 1) 7 dni od dnia następującego po ostatnim dniu miesiąca, którego raport dotyczy;
- 2) 10 dni od dnia następującego po ostatnim dniu kwartału, którego raport dotyczy;
- 3) 20 dni od dnia następującego po ostatnim dniu roku, którego raport dotyczy.

²⁷⁰ Dz. U. Nr 94, poz. 610.

Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje raporty, o których mowa w ust. 1, Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce, a także krajowemu punktowi kontaktowemu wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania oraz krajowemu punktowi centralnemu do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w terminie:

- 1) 10 dni od dnia następującego po ostatnim dniu miesiąca, którego raport dotyczy;
- 2) 20 dni od dnia następującego po ostatnim dniu kwartału, którego raport dotyczy;
- 3) 40 dni od dnia następującego po ostatnim dniu roku, którego raport dotyczy.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub specjalistyczna jednostka wskazana do prowadzenia rejestru dokonuje korekty złożonych w minionym okresie sprawozdawczym raportów:

- przekazywanych co kwartał – po upływie kolejnego kwartału w terminach określonych w ust. 5 pkt 2 oraz ust. 6 pkt 2;
- przekazywanych co rok – po upływie pierwszego kwartału roku następującego po roku, którego raport dotyczy.

Korekty raportów, o których mowa w ust. 7, dokonuje się poprzez sporządzenie raportu zgodnie ze wzorem, o którym mowa w ust. 2–4, w zakresie danych objętych korektą, wraz z dopiskiem „KOREKTA RAPORTU”.

6. Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały określone w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej²⁷¹, zwanej dalej ustawą „o PIS”. Inspekcja ta jest powołana w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. W tym celu zlecono jej do realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności polegające na sprawowaniu nadzoru nad warunkami, m.in. higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Do zakresu działania PIS w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych należy, m.in.: dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych, opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów, ustalanie zakresów i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie, wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie- w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych (art. 5 pkt 1–4 tej ustawy). Na podstawie art. 15a ustawy o PIS, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 22 marca 2010 r.²⁷², w którym określił dla każdego województwa wykaz stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru terytorialnego, dla którego dana stacja wykonuje badania nieodpłatnie m.in. badania laboratoryjne i pomiary biologicznych czynników chorobotwórczych.

²⁷¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1412.

²⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru (Dz. U. Nr 55, poz. 336).

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK,
które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Adres jednostki kontrolowanej	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					od	do
1	2	3	4	5	6	7
1.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Kujawsko – Pomorskie Centrum Pulmonologii	85–326 Bydgoszcz ul. Seminaryjna 1	Mariola Brodowska – dyrektor	1.01.1999 r.	Nadal
2.	Delegatura NIK w Białymstoku	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	18–404 Łomża	Krzysztof Bałata – dyrektor	15.05.2013 r.	Nadal
3.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Podkarpackie Centrum Chorób Płuc (poprzednio: Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc)	35–241 Rzeszów ul. Rycerska 2	Witold Gimlewicz, – dyrektor Grzegorz Hydzik – p.o. dyrektora	9.12.2015 r.	Nadal
4.	Delegatura NIK w Lublinie	1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego	20–089 Lublin ul. Biernackiego 9	Tomasz Leonkiewicz p.o. dyrektora Marzena Kowalczyk – p.o. dyrektora Marzena Kowalczyk – dyrektor	28.08.2012 r. 16.10.2012 r. 5.03.2013 r.	16.10.2012 r. 5.03.2013 r. Nadal
		2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4	20–954 Lublin ul. Jaczewskiego 8	Marian Przylepa – dyrektor	16.11.1981 r.	Nadal
		3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	24–100 Puławy ul. Bema 1	Piotr Rybak – dyrektor;	7.07.2015 r.	Nadal
				Ewa Warchoła-Sławińska – p.o. dyrektora Jolanta Herda – dyrektor	1.04.2015 r. 25.01.2011 r.	6.07.2015 r. 31.03.2015 r.
5.	Delegatura NIK w Łodzi	1. Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	91–510 Łódź ul. Okólna 181	Janusz Kaźmierczak dyrektor Zespołu Marta Górnicka-Wilczyńska – p.o. dyrektora Zespołu	1.01.2004 r. 12.02.2014 r. 30.10.2013 r.	29.10.2013 r. Nadal 11.02.2014 r.
		– Specjalistyczny Szpital Gruźlicy i Chorób Płuc – Oddział Leczenia Gruźlicy	95–080 Tuszyń ul. Szpitalna 5			
		2. Szpital Wojewódzki im. Prymasa S. Wyszyńskiego	98–200 Sieradz ul. Armii Krajowej 7	Dariusz Kałdoński – dyrektor	1.12.2002 r.	Nadal
		3. Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika	97–300 Piotrków Trybunalski ul. Rakowska 15	Marek Konieczko – dyrektor	1.12.1999 r.	Nadal

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Adres jednostki kontrolowanej	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					od	do
1	2	3	4	5	6	7
6.	Delegatura NIK w Kielcach	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała	26-060 Chęciny ul. Czerwonej Góry 10	Krzysztof Skowronek – dyrektor Przemysław Westfal – dyrektor Jerzy Szelba – p.o. dyrektora Youssef Sleiman – p.o. dyrektora Youssef Sleiman – p.o. dyrektora Youssef Sleiman – dyrektor.	5.11.2005 r. 4.04.2013 r. 14.09.2012 r. 19.01.2013 r. 29.05.2013 r. 28.08.2013 r.	14.09.2012 r. 7.05.2013 r. 18.01.2013 r. 3.04.2013 r. 27.08.2013 r. Nadal
		2. Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej	Starachowice ul. Radońska 70	Sebastian Petrykowski – dyrektor	4.06.2013 r.	Nadal
		3. Zespół Opieki Zdrowotnej – Oddział Pulmonologii	27-400 Ostrowiec Świętokrzyski ul. Szymanowskiego 11	Jarosław Seweryński – dyrektor naczelny Józef Grabowski – dyrektor naczelny	2.02.2015 r. 27.12.2011 r.	Nadal 1.02.2015 r.
7.	Delegatura NIK w Olsztynie	1. Samodzielny Publiczny Zespół Gruzlicy i Chorób Płuc	10-357 Olsztyn ul. Jagiellońska 78	Irena Petryna – dyrektor	5.05.2005 r.	Nadal
		2. Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II	11-200 Bartoszyce ul. Wyszyńskiego 11	Sławomir Wójcik – dyrektor – p.o. dyrektora Mariusz Szubert – dyrektor	1.02.2014 r. 1.05.2013 r. 1.03.2009 r.	Nadal 31.01.2014 r. 30.04.2013 r.
		3. Szpital Powiatowy im. Władysława Biegańskiego	Iława ul. Gen. Andersa 3	Iwona Orkiszewska – dyrektor	15.10.2009 r.	Nadal
8.	Departament Zdrowia	1. Ministerstwo Zdrowia	Warszawa ul. Miodowa 15	Konstanty Radziwiłł – Minister Zdrowia Marian Zembala – Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz – Minister Zdrowia	16.11.2015 r. 16.06.2015 r. 18.11.2011 r.	Nadal 15.11.2015 r. 15.06.2015 r.
		2. Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy	Otwock ul. Narutowicza 80; ul. Żeromskiego 57	Antoni Błachnio – dyrektor naczelny	26.02.1998 r.	Nadal

Wykaz aktów prawnych dotyczący kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”²⁷³ (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.) – obowiązywała od 17 sierpnia 2005 r. do 31 grudnia 2015 r.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186).
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412).
10. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484); to rozporządzenie zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r. poz. 325).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.) – uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) – obowiązuje od 23 grudnia 2015 r.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

²⁷³ Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych był realizowany w latach 2006–2015.

18. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających te informacje (Dz. U. Nr 94, poz. 610).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86).

Realizacja umów o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz onkologii przez kontrolowane podmioty lecznicze w latach 2012–2015 (do 30 czerwca)

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Wyszczególnienie	Lata 2012–2015 (I półrocze)		Wyk./kontrakt
			Kontrakt (zł)	Wykonanie (zł)	%
1	2	3	4	5	6
1.	Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	2.175.403,00 1.699.383,00 0	2.309.290,73 1.787.020,73 0	106,15 105,16 0
2.	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	6.111.202,20 4.165.502,00 351.882,00	5.550.534,20 3.470.219,50 375.588,00	90,82 83,31 106,74
3.	Kujawsko – Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	4.876.291,99 4.124.150,71 0	4 860.932,19 4.098.060,61 0	99,69 99,37 0
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	3.530.630,05 1.593.258,94 0	3.665.573,34 1.631.323,2 0	103,82 102,39 0
5.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	14 905.202,05 663 948,00 233.710,00	15.626.607,12 679.525,65 272.432,00	104,84 102,35 116,57
6.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	7.444.257,00 6.730.767,00 33.531,00	7.616.269,00 6.907.995,00 29.311,00	102,31 102,63 87,41
7.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	21 747 536,71 804.756,40 670.452,40	23 146 833,14 818.969,34 625.328,56	106,43 101,77 93,27
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	9.673.664,00 2.917.853,60 0	9.725 871,00 3.003.953,50 0	100,54 102,95 0
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	13.164.230,00 415.214,00 1.099.056,00	13.217.279,00 413.841,00 1.071.644,00	100,4 99,67 97,51
10.	Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	1.748.526,86 1.240.330,31 205.876,8	1.888.781,73 1.318.215,48 215.792,64	108,02 106,28 104,82
11.	Szpital Powiatowy im. Władysława Biegańskiego w Iławie	Ogółem w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	12.267.843,00 711.745,00 0	10 580 551 638.041,00 0	86,25 89,64 0

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Wyszczególnienie	Lata 2012–2015 (I półrocze)		Wyk./kontrakt
			Kontrakt (zł)	Wykonanie (zł)	%
1	2	3	4	5	6
12.	Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie	Ogółem	5.089.012,50	5.232.495,99	102,82
		w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	3.005.484,30 0	3.136.452,42 0	104,36 0
	Razem w latach 2012–2015 (I półrocze)	Ogółem	102.733.798,81	103.421.018,40	100,67
		w tym: – poradnia gruźlicy i chorób płuc – poradnia onkologiczna	28.072.393,26 2.594.508,20	27.903.617,43 2.590.096,20	99,40 99,83

Wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gruźlicy i chorób płuc w latach 2012–2015 (do 30 czerwca)

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Wartość świadczeń zakontraktowanych i wykonanych w:												Razem w badanym okresie			
		2012 r.				2013 r.				2014 r.				I połowa 2015 r.			
		Kontrakt (tys. zł)	Wykonanie (tys. zł)	wyk/ kontr %	wyk/ kontr %	Kontrakt (tys. zł)	Wykonanie (tys. zł)	wyk/ kontr %	wyk/ kontr %	Kontrakt (tys. zł)	Wykonanie (tys. zł)	wyk/ kontr %	wyk/ kontr %	Kontrakt (tys. zł)	Wykonanie (tys. zł)	wyk/ kontr %	wyk/ kontr %
1.	Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku	30 707,2	30 790,5	100,3	100,3	30 016,8	30 016,8	100,0	100,0	30 035,8	30 077,4	100,1	100,1	14 976,4	15 362,3	102,6	100,5
2.	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	64 807,9	65 215,2	100,6	100,6	65 192,4	67 953,2	104,2	104,6	65 170,2	68 164,7	104,6	104,6	62 074,7	21 780,2	35,1	86,7
3.	Szpital Wojewódzki w Łomży	3 001,9	3 006,8	100,2	100,2	2 988,9	3 068,1	102,7	102,7	2 890,0	2 934,0	101,5	101,5	2 605,0	1 648,5	63,3	92,8
4.	Kujawsko – Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	22 440,3	22 605,1	100,7	100,7	22 260,7	22 018,4	98,9	98,9	21 297,9	21 297,9	100,0	100,0	10 804,0	10 857,8	100,5	100,0
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze	15 034,2	15 450,6	102,8	102,8	15 793,0	15 994,5	101,3	101,3	15 950,5	16 448,3	103,1	103,1	8 765,8	9 221,9	105,2	102,8
6.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	11 642,7	11 825,5	101,6	101,6	10 669,0	10 669,0	100,0	100,0	9 342,1	9 340,5	100,0	100,0	4 583,4	4 379,4	95,6	99,9
8.	Szpital Wojewódzki im. S. Wyszyńskiego w Sieradzu	2 419,6	2 683,5	110,9	110,9	2 549,0	2 755,4	108,1	108,1	2 548,9	2 827,3	110,9	110,9	2 599,0	1 448,0	55,7	96,0
9.	Samodzielny publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	7 492,6	8 431,0	112,5	112,5	9 330,4	9 456,7	101,4	101,4	9 215,6	9 472,6	102,8	102,8	4 607,6	4 245,3	92,1	103,1
10.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie	4 427,0	4 431,2	100,1	100,1	4 680,0	4 746,0	101,4	101,4	4 723,9	4 728,0	100,1	100,1	2 517,3	2 507,0	99,6	100,4
11.	Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie	12 469,6	13 199,5	105,9	105,9	12 569,5	12 740,6	101,4	101,4	12 773,4	13 661,0	106,9	106,9	6 551,8	6 801,0	103,8	104,6
12.	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach	2 278,6	2 359,2	103,5	103,5	2 243,6	2 242,8	100,0	100,0	2 123,9	2 148,4	101,2	101,2	1 971,6	1 155,9	58,6	91,7
Razem:		176 721,6	179 998,1	101,9	101,9	178 293,4	181 661,6	101,9	101,9	176 072,3	181 100,2	102,9	102,9	122 056,6	79 407,4	73,3	95,3

Bibliografia

1. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego, Bożeny Moskaiewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
2. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce, *Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński*, Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 27.01.2016 r.; w tym m.in.:
 - a. Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce zdiagnozowanych w latach 2000–2002, Warszawa 2009.
 - b. Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Warszawa 2010.
 - c. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku, Warszawa 2012.
 - d. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Warszawa 2013.
 - e. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku, Warszawa 2014.
 - f. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku, Warszawa 2015.
 - g. Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku.
3. Podręcznik Gruźlicy – Zalecenia NPZG – wydanie pierwsze, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc; Warszawa 2001.
4. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2012 r. pod redakcją Marii Korzeniewskiej – Kośeły, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.
5. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2013 r., pod redakcją Marii Korzeniewskiej – Kośeły, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.
6. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2014 r. pod redakcją Marii Korzeniewskiej – Kośeły, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.
7. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
8. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2014.
9. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2015.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
11. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
12. Minister Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjentów
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Minister Zdrowia

Warszawa, 2016-07-28

DNM.0912.1.2016.5.KCZ

Pani
Ewa Polkowska
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

w nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli „Dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego”**, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Podkreślenia wymaga fakt, że szczegółowa analiza leczenia chorób układu oddechowego będzie przedmiotem map potrzeb zdrowotnych opracowywanych w ramach projektu „Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”. Zgodnie z harmonogramem projektu mapa w zakresie ww. grup chorób dla lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej będzie opracowana do końca 2016 r.

W odniesieniu do wspomnianej powyżej Informacji Najwyższej Izby Kontroli na wstępie pragnę przedłożyć uwagi centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej także „NFZ” albo „Fundusz”), zasadność których podzielam.

1. odnosząc się do faktu, że świadczeniodawcy nie spełniają warunków udzielania świadczeń (str. 13, 40-41, 49-50, 55, 59), należy wziąć pod uwagę, że zarówno kontrola jakości warunków do udzielania świadczeń, jak i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią w Narodowym Funduszu Zdrowia priorytety. Fundusz w toku kontroli prowadzonych u świadczeniodawców kontroluje zarówno spełnianie przez nich warunków

wymaganych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (w tym dotyczących personelu medycznego, aparatury i sprzętu medycznego, harmonogramów czasu pracy personelu medycznego) oraz wpływ ustalonego stanu faktycznego w tym zakresie na dostępność świadczeń. Z uwagi jednak na bardzo dużą liczbę świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i jednocześnie niewielką liczbę pracowników realizujących zadania kontrolne w NFZ, możliwości realizacji kontroli, również w ww. obszarach, są ograniczone.

2. ponadto poruszając kwestię dostępności do świadczeń w kontekście wartości umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (str. 9), należy pamiętać, iż Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje ściśle określoną, pochodzącą ze składek zdrowotnych pulą środków, co skutkuje ograniczoną liczbą finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej.
3. w odniesieniu do informacji o kolejkach oczekujących na udzielenie świadczeń w dziedzinie chorób płuc (str. 9), informuję, że dane wynikające z kontroli Najwyższej Izby Kontroli dotyczą wybranych świadczeniodawców, natomiast w skali kraju przedstawiają się następująco.

W oparciu o przekazane przez świadczeniodawców dane na koniec grudnia 2012 r. na listach oczekujących odnotowano 928 osób, natomiast na koniec I półrocza 2015 r. 1 821 osób. Wzrost liczby osób oczekujących na świadczenia realizowane w ww. oddziałach szpitalnych jest więc w skali kraju mniejszy niż wyłącznie u kontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli świadczeniodawców. Z kolei w przypadku oddziałów chorób płuc liczba osób oczekujących wzrosła w skali kraju z 4 165 osób na koniec 2012 r. do 5 849 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o około 40%.

Mniejszy wzrost liczby osób oczekujących w skali kraju niż na podstawie dokonanej przez Najwyższą Izbę Kontroli analizy danych wybranych świadczeniodawców obserwuje się również w przypadku realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeń związanych z leczeniem chorób płuc i gruźlicy. Według przekazanych przez świadczeniodawców danych za okres sprawozdawczy grudzień 2012 r. na listach oczekujących do poradni gruźlicy i chorób płuc było wpisanych w skali kraju łącznie 24 316 osób, a na koniec I półrocza 2015 r. o 13% więcej, tj. 27 479 osób. Z kolei w przypadku poradni chorób płuc, porównując dane za okresy sprawozdawcze: grudzień 2012 r.

i czerwiec 2015 r., należy stwierdzić, że w skali kraju łączna liczba osób oczekujących uległa niewielkim zmianom. Na koniec 2012 r. kształtowała się na poziomie 22 561 osób, natomiast na koniec czerwca 2015 r. wynosiła 22 736 osób, tj. o niecały 1% większa.

Ponadto zaznaczyć należy, że do końca 2014 r. świadczeniodawcy byli zobowiązani do obliczania średniego czasu oczekiwania w oparciu o dane o osobach skreślonych z listy oczekujących w okresie ostatnich sześciu miesięcy z powodu wykonania świadczenia. Od 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania świadczeniodawcy mają obliczać na podstawie danych o osobach skreślonych w okresie ostatnich trzech miesięcy.

4. odnosząc się do małej liczby pacjentów objętych prowadzonym przez NFZ „Programem profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP” (str. 11, 28-29) należy podkreślić, że niski poziom zgłaszalności wynika przede wszystkim z braku motywacji osób palących do rzucenia palenia i braku wiary w jego skuteczność oraz z niechęci świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji tych świadczeń. Natomiast wymagania wobec świadczeniodawców wynikają z rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych – z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 140, poz. 1148, z późn. zm.) oraz z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Wymagania dodatkowe, czyli posiadanie odpowiedniego spirometru oraz kursu leczenia uzależnienia od tytoniu (który trwa 1-2 dni), bezpośrednio przekładają się na skuteczność udzielanych świadczeń.

Strona 15, pkt 2.3 Uwagi końcowe i wnioski, wniosek pokontrolny nr 1:

Uprzejmie informuję, że w wyniku podjętych przez Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Sanitarny działań pod numerem UD90 w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów został wpisany „Projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”, który wprowadzi obowiązek zgłaszania przez lekarzy wyników leczenia chorych na gruźlicę. Obecnie we współpracy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie prowadzone są prace zmierzające do precyzyjnego określenia zakresu danych, które będą przekazywane, biorąc pod uwagę potrzeby zdrowia publicznego oraz wymogi koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) programu globalnej eliminacji gruźlicy. Równocześnie w zakresie prowadzenia tzw. leczenia nadzorowanego gruźlicy należy zwrócić uwagę, że obecnie obowiązujący art. 40 ust. 1c ustawy z dnia 5 grudnia

2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), stanowi, że w przypadku uchylania się przez chorych od obowiązku leczenia gruźlicy, lekarz prowadzący to leczenie (w warunkach ambulatoryjnych) niezwłocznie powiadamia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego. Natomiast zgodnie z art. 40 ust. 3 ww. ustawy, świadczenia zdrowotne polegające na leczeniu gruźlicy, mogą obejmować również wydawanie leków przez podmiot, który udzielił świadczenia zdrowotnego. Brak jest natomiast w chwili obecnej procedur Narodowego Funduszu Zdrowia, które obejmowałyby wizytę lekarską wraz z wydaniem nieodpłatnych leków pacjentowi.

Strona 15, pkt 2.3 Uwagi końcowe i wnioski, ostatni akapit:

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia mając świadomość oraz chcąc wpłynąć na poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób układu oddechowego, rozpoczął prace mające na celu urealnienie wyceny świadczeń związanych z leczeniem chorób układu oddechowego.

Przy czym należy zauważyć, iż taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej prowadzona jest na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „Agencja”) na dany rok, opiniowanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Radę do spraw Taryfikacji oraz zatwierdzanego przez Ministra Zdrowia w pierwszej połowie roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan. Plan taryfikacji na dany rok stanowi terminarz działań planowanych do podjęcia przez Agencję w ramach realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Agencja na podstawie planu taryfikacji na dany rok może wszcząć postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów (które zapewniają najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych), z którymi zawarte będą umowy na przygotowanie i przekazywanie danych, rozpocząć proces zbierania danych przekazywanych od poszczególnych podmiotów.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż określenie taryf świadczeń jest za każdym razem konsultowane ze środowiskiem zainteresowanym realizacją takiego świadczenia. Agencja rozsyła ankiety dotyczące kosztów funkcjonowania świadczeniodawców i uwzględnia odpowiedzi w trakcie kalkulacji taryfy, w związku z powyższym zarówno

konsultanci krajowi, jak i szerokie grono świadczeniodawców ma możliwość wypowiedzieć się na temat zaproponowanych taryf.

Równocześnie uprzejmie informuję, iż skierowanie niniejszego wniosku m.in. do Prezesa NFZ należy uznać za niezasadne, gdyż zgodnie z art. 31n pkt 1a ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalanie taryfy świadczeń należy do kompetencji Agencji.

Strona 69, część IV Informacje dodatkowe, wniosek pokontrolny nr 2 z wystąpienia pokontrolnego skierowanego do Ministra Zdrowia:

Uprzejmie informuję, że zgodnie z zaleceniami został opracowany dokument pod nazwą „Poprawa efektywności diagnostyki i leczenia raka płuca” na potrzeby realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.

Strona 69, część IV Informacje dodatkowe, wniosek pokontrolny nr 4 z wystąpienia pokontrolnego skierowanego do Ministra Zdrowia:

Uprzejmie informuję, że opracowano „Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2018”.

W części budżetu państwa, której dysponentem jest Minister Zdrowia na 2016 r. zostały zaplanowane środki finansowe na realizację ww. programu w kwocie 4 451 tys. zł.

W związku z ustaleniami podjętymi na Kolegium Ministra Zdrowia w dniu 18 maja 2016 r. program polityki zdrowotnej został zaakceptowany poprzez złożenie podpisu z upoważnienia Ministra Zdrowia przez Panią Katarzynę Głowala – Podsekretarza Stanu w dniu 20 maja 2016 r. i następnie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Zostało opublikowane ogłoszenie o konkursie ofert na wybór realizatorów przedmiotowego programu w zakresie zadania pn.: *„Wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2016 oraz realizacja programu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w latach 2016-2018”*.

Ogłoszenie o konkursie ofert na wybór realizatora w zakresie zadania pn. *„Koordynacja programu, opracowanie do wdrożenia ogólnopolskiej bazy danych chorych*

z niewydolnością oddychania leczonych za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej POL-VENT, analiza efektywności kosztowej i klinicznej zostanie opublikowane w najbliższym czasie.

Realizacja Programu powinna pozwolić na zmniejszenie dysproporcji w dostępie do Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej na terenie kraju i w stosunku do państw Unii Europejskiej, co będzie miało istotny wpływ na zmniejszenie umieralności szpitalnej pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddychania, jak również na zmniejszenie liczby chorych wymagających wentylacji inwazyjnej i związanych z nią powikłań. Będzie również miała istotne znaczenie dla poprawy jakości życia chorych oraz zoptymalizowania kosztów leczenia ciężkich zaostrzeń Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP).

Z wyrazami szacunku,

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Krzysztof Łanda

Załącznik:

Zał. 1 – program „Poprawa efektywności diagnostyki leczenia raka płuca” w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 – 4 ark.

Nazwa programu:

POPRAWA EFEKTYWNOŚCI DIAGNOSTYKI I LECZENIA RAKA PŁUCA
w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych

na lata 2016 – 2024

II Streszczenie

Na obszarach zamieszkiwanych przez $\frac{1}{4}$ populacji wykrywalność wczesnych postaci raka płuca jest znacznie niższa niż średnia krajowa (14%) i wynosi $<10\%$. Podstawowym i najskuteczniejszym sposobem leczenia raka płuca pozostaje stale chirurgiczne usunięcie zmian. Skuteczność tego leczenia ogranicza się jednak tylko do wczesnych postaci raka płuca. Celem programu jest skoordynowanie wysiłków mających na celu poprawę wskaźników resekcyjności tzn. zwiększenie liczby chorych kwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego, a także wzrost świadomości ryzyka zachorowania na raka płuca wśród społeczeństwa, znalezienie najskuteczniejszej metody dotarcia do osób znajdujących się w grupie ryzyka.

Mając możliwość obliczenia wskaźników operacyjności w poszczególnych powiatach ustalono, w których wskaźnik operacyjności wynosi poniżej 10% i to właśnie do tych rejonów skierowany jest program.

Kryteria dla pacjentów:

- wiek 55 – 75 lat
- palenie papierosów minimum 1 paczkę dziennie przez 20 lat (lub wymiennie innych produktów tytoniowych)
- osoby z nowotworowym wywiadem rodzinnym
- osoby narażone na ekspozycje czynników rakotwórczych (azbestu, radonu, uranu, arszenik, beryl, produktów przemiany węgla kamiennego).

Z badania wykluczeni są chorzy z objawami chorób układu oddechowego.

Badania będą wykonywane w ośrodkach biorących udział w programie wczesnego wykrywania raka płuc na podstawie skierowań od lekarza rodzinnego.

Prowadzony we wcześniejszych latach program wczesnego wykrywania raka płuca finansowany ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych wykazał, że w wielu powiatach zainicjowanie i prowadzenie tego programu pozwoliło na zwiększenie odsetka wczesnych wykryć. W niektórych z nich, gdzie zaangażowanie lekarzy rodzinnych było duże, poprawa diagnostyki utrzymywała się nawet po zaniechaniu prowadzenia tego programu.

W wyniku realizowanych zadań w ramach Narodowego Programu Zwalczenia chorób Nowotworowych uzyskano:

1. dokładną wiedzę nt. efektywności diagnostycznej w podstawowej opiece zdrowotnej,

2. uzyskano poprawę wczesnej wykrywalności raka płuca na terenach objętych programem,
3. poprawiono efektywność diagnostyczną (mniejszy odsetek chorych operowanych w zaawansowanych stadiach choroby),
4. zwiększono ilość operowanych pacjentów,
5. zbudowano unikalny ogólnokrajowy rejestr kliniczny

Przewidywalny koszt badań na lata 2016 – 2014 to **20 367 000 mln.**

III Zdefiniowanie problemu

Rak płuca jest najgroźniejszym nowotworem złośliwym w Polsce. Umieralność spowodowana tą chorobą jest większa aniżeli umieralność spowodowana występowaniem czterech kolejnych najczęstszych nowotworów złośliwych razem wziętych.

Odnotować należy, że zmienia się struktura demograficzna zachorowalności i gwałtownie wzrasta zachorowalność na raka płuca wśród kobiet.

Podstawowym i najskuteczniejszym sposobem leczenia raka płuca pozostaje stale chirurgiczne usunięcie zmian. Skuteczność tego leczenia ogranicza się jednak tylko do wczesnych postaci raka płuca. Dlatego też obok problemów związanych z wczesną wykrywalnością tego nowotworu niezwykle podniosłym problemem pozostaje precyzyjne określenie jego stopnia zaawansowania tak, aby podejmowane leczenie stosowane było u chorych, którzy mogą odnieść rzeczywistą korzyść z leczenia chirurgicznego.

W Polsce operowanych jest każdego roku około 16% chorych w stosunku do nowych zachorowań, co znacznie odbiega od współczynników osiągniętych w wysoko rozwiniętych krajach Unii Europejskiej i świata.

Istnieją duże różnice regionalne w zakresie efektywności chirurgicznego leczenia raka płuca w Polsce. Różnice te wahają się w zakresie od 11,0% operowanych pacjentów w województwie warmińsko-mazurskim, do ponad 20% operowanych w województwie świętokrzyskim czy zachodniopomorskim.

Można zatem stwierdzić, że istnieje potencjał (czy może rezerwa) pozwalający na poprawę efektywności leczenia najczęstszego nowotworu w Polsce - warunkiem jednak jest odpowiednie wdrożenie działań na obszarach , gdzie wczesne wykrywanie raka płuca nie przekracza 10%. Realizowany w poprzednich latach program wczesnego wykrywania raka

płuca przyniósł wymierne efekty w postaci poprawy wykrywalności tego nowotworu w stadiach umożliwiających radykalne leczenie.

Wyniki realizacji tego programu znajdują się w sprawozdaniach składanych w Ministerstwie Zdrowia.

IV Uzasadnienie

Wobec rosnącego znaczenia profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuca konieczne jest skoordynowanie wysiłków mających na celu poprawę wskaźników resekcyjności tzn. zwiększenie liczby chorych kwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego. W oparciu o dane zawarte w krajowej bazie raka płuca stworzono lokalnie programy wczesnego wykrywania raka płuca mające na celu

1. wykrycie choroby w stadium możliwym do leczenia radykalnego
2. zmniejszenie śmiertelności w przebiegu raka płuca
3. integrację środowiska lekarskiego ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu
4. wzrost świadomości ryzyka zachorowania na raka płuca wśród społeczeństwa
5. znalezienie najskuteczniejszej metody dotarcia do osób znajdujących się w grupie ryzyka

Mając możliwość obliczenia wskaźników operacyjności w poszczególnych powiatach ustalono, w których wskaźnik resekcyjności wynosi poniżej 10%. W pierwszym rzędzie do tych miejsc powinien zostać wdrożony systemowo program, będący rozwinięciem dotychczasowych lokalnych inicjatyw. Wymiernym wskaźnikiem ekonomicznym realizowanego programu jest większa liczba radykalnie leczonych pacjentów, którzy nie tylko będą mogli wrócić do codziennej aktywności, ale także nie będą wymagali kosztownego leczenia onkologicznego i licznych hospitalizacji z tym związanych.

V Opis Programu

Program jest kontynuacją programu wczesnego wykrywania raka płuca od paru lat. Celem programu jest:

1. wykrycie choroby w stadium możliwym do leczenia radykalnego
2. zmniejszenie śmiertelności w przebiegu raka płuca

3. integrację środowiska lekarskiego ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu
4. wzrost świadomości ryzyka zachorowania na raka płuca wśród społeczeństwa
5. znalezienie najskuteczniejszej metody dotarcia do osób znajdujących się w grupie ryzyka

Plan działań, harmonogram:

1. Identyfikacja powiatów o niskim współczynniku operacyjności/niskiej efektywności wczesnej diagnostyki.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że współczynnik operacyjności w wielu powiatach równy był 0! (tzn, że ze względu na stadium zaawansowania żaden z nowo wykrytych pacjentów nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego).
Dlatego zainicjowano interwencyjny program wczesnego wykrywania raka płuca, finansowany ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
2. Ogłoszenie konkursu na badania niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej:
 - wiek 55 - 75 rż
 - palenie papierosów minimum 1 paczkę dziennie przez 20 lat (lub wymiennie innych produktów tytoniowych)
 - osoby z nowotworowym wywiadem rodzinnym
 - osoby narażone na ekspozycje czynników rakotwórczych (azbestu, radonu, uranu, arszenik, beryl, produktów przemiany węgla kamiennego).
 - chorzy niezależnie od wieku ze wskaźnikiem odsetkowym EFV1 < 70% wartości należnych.
3. Zorganizowanie spotkań z lekarzami rodzinnymi na terenach o niskiej wykrywalności wczesnych postaci raka płuca.

W prowadzonych populacyjnych badaniach przesiewowych bardzo ważna jest zgłaszalność osób z tzw. grupy ryzyka. Problemem jest zatem odpowiednie rozpowszechnienie informacji o prowadzonych badaniach przesiewowych oraz zachęcenie osób z grupy ryzyka do wzięcia w nich udziału. Sposób dotarcie do osób, które powinny wziąć udział w badaniu może różnić się zarówno w zależności od miejsca zamieszkania (miasto, wieś), wykształcenia, statusu społecznego itp.

O ile w populacyjnych badaniach przesiewowych rola pracowników ochrony zdrowia wydaje się być bardzo ograniczona o tyle w programach interwencyjnych ich rola jest kluczowa.

4. Zorganizowanie spotkań z reprezentantami zakładów radiologii w celu przyjęcia jednorodnych warunków wykonywanych badań.
5. Gromadzenie i archiwizacja nośników elektronicznych z zapisanymi badaniami CT.
6. Ocena badań przez zespół radiologów ośrodka koordynującego.
7. Przygotowanie protokołów wykonanych analiz.
8. Zawiadomienie osób badanych oraz lekarzy kierujących o wynikach przeprowadzonych badań.
9. Wezwanie na dalszą diagnostykę osób z nieprawidłowym obrazem radiologicznym klatki piersiowej.
10. Wyznaczenie terminów badań kontrolnych osobom ze zmianami nie wymagającymi doraźnej diagnostyki.
11. Podsumowanie wyników przeprowadzonych badań.

Badania zostaną przeprowadzone na obszarach o niskiej wykrywalności raka płuca mierzonej współczynnikiem operacyjności obliczonym wg wzoru:

$$WO = \frac{\text{liczba operowanych chorych na danym terenie}}{\text{liczba nowych zachorowań na danym terenie}} \times 100$$

Współczynnik operacyjności określany jest nie tylko w odniesieniu do poszczególnych województw ale także jego wartość określana jest w każdym z powiatów. Ponieważ około 80% pacjentów operowanych jest w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania choroby, można powiedzieć, że wartość współczynnika operacyjności jest miarą efektywności wykrywania wczesnych postaci raka płuca.

Miernikiem efektywności prowadzonego programu będzie:

1. Liczba wykrytych zmian nowotworowych.
2. Odsetek wykrytych wczesnych postaci raka płuca mierzonych współczynnikiem operacyjności.

Program finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

VI Kosztorys na lata 2016 – 2024

	Program wczesnego wykrywania raka płuca				
Lp.	Zadanie	Jedn.	Liczba	Cena jedn.	Kwota ogółem
1.	Badania CT		Min. 7000 na rok (razem 63000 badań)	300,00	2 100 000,00 na rok (razem 18 900 000,00)
	<i>Koordinacja programu badań wczesnego wykrywania raka płuca</i>				
2.	Delegacje i organizowanie spotkań oraz wizyt koordynacyjnych oraz sprawdzających prawidłowość wstępnych danych podanych w ankietach z ośrodków				10 000,00 na rok (razem 90 000,00)
3.	Szkolenie dla ośrodków biorących udział w Programie				10 000,00 na rok (razem 90 000,00)
4.	Obsługa i nadzór sprzętu i programu komputerowego				12 000,00 na rok (razem 108 000,00)
5.	Sprawdzanie merytoryczne baz danych ze wszystkich ośrodków				13 000,00 na rok (razem 117 000,00)
6.	Wynagrodzenie dla osób prowadzących koordynację				72 000,00 na rok (razem 648 000,00)
7.	Utrzymanie 2 linii telefonicznych: działająca infolinia + telefon informacyjny				16 000,00 na rok (razem 144 000,00)
8.	koszty administracyjne (w tym koszty biurowe)				25 000,00 na rok (225 000,00)

	Razem	2 263 000 na rok (razem 20 367 000)
--	-------	---

VII. Realizatorzy programu

Realizatorami programu będą ośrodki wybierane w ramach ogłaszanych konkursów.

Warunki wymagane od uczestników konkursu::

1/ w konkursie mogą wziąć udział wojewódzkie ośrodki referencyjne w zakresie chorób płuc, wojewódzkie ośrodki onkologiczne oraz inne ośrodki, które zobowiążą się do nawiązania kontaktu z lekarzami rodzinnymi we wskazanych wyżej powiatach, dysponujące tomografem komputerowym.

2/ wymagany jest dostęp do tomografu komputerowego o poniższych parametrach oraz lokalizacja pracowni tomografii komputerowej na terenie danego powiatu lub w odległości nie większej niż 100 km od miejsca zamieszkania pacjenta.

Wymagane parametry tomografu komputerowego:

Minimum 4-rzędowy, 120kVp, 40-80mA, grubość warstwy maksimum 1.25mm z minimalnym dostępnym pitch'em, akwizycja ciągła w obszarze od wlotu klatki piersiowej do nadnerczy.

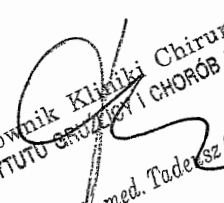
Każde kolejne badanie u tego samego pacjenta należy wykonać w tych samych warunkach co badanie wyjściowe.

Po wykryciu ogniska w miąższu płucnym pomiary jego wielkości powinny być wykonane w standardowym oknie płucnym (1500jH/ -650jH), w dwóch wymiarach na przekroju poprzecznym. Zmiany patologiczne w strukturach śródpiersia powinny być zobrazowane i zwymiarowane w standardowym oknie śródpiersiowym (350jH/ 25jH).

VII. Kontynuacja działań podjętych w programie

Wypracowane schematy współpracy pozwolą na powielanie ich na obszarach, których program nie obejmuje.

Na obszarach objętych programem istnieje możliwość szerokiego wdrożenia profilaktyki pierwotnej. Jak wykazały dotychczasowe doświadczenia program przyczynił się do integracji działań na różnych poziomach opieki medycznej, co znalazło odbicie w uzyskiwanych efektach leczenia.


Kierownik Kliniki Chirurgii
INSTYTUTU CHOROBY I CHOROBY PŁUC
Prof. dr hab. med. Tadeusz Orłowski